

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNÁ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor (kombinace): Penitenciární péče

INTEGRACE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH DO SPOLEČNOSTI

INTEGRATION OF DISABLED PEOPLE INTO SOCIETY

Bakalářská práce: 09-FP-KSS-4010

Autor:

Ondřej MASOPUST

Podpis:

Adresa:

Vyhlídková 175

463 12, Liberec 25

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc.

Konzultant:

Počet

stran	graf	obrázk	tabulek	pramen	příloh
76	16	0	16	13	1 + CD

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Ondřej Masopust
adresa: Pod Rušičkou 1602, 463 11 Liberec XXX
studijní obor (kombinace): Penitenciární péče
Název BP: **Integrace zdravotně postižených do společnosti**
Název BP v angličtině: **Integration of Disabled People into Society**
Vedoucí práce: doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc.
Konzultant:
Termín odevzdání: 15. 4. 2010

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 20. 3. 2009



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát): _____

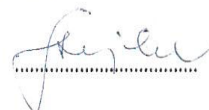
Datum: _____

Podpis: _____

Název BP: INTEGRACE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH DO SPOLEČNOSTI

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc.

Podpis:



Cíl: Zjistit pozitivní a negativní faktory ovlivňující integraci zdravotně postižených do společnosti.

Požadavky: Analýza současné legislativy zahrnující občany se zdravotním postižením, vymezení základních pojmů týkajících se dané problematiky, formulace teoretických východisek integrace zdravotně postižených do společnosti, formulace závěrů a možných východisek či návrhů opatření směřujících k úplné a plnohodnotné integraci zdravotně postižených v mém regionu

Metody: Výzkumné metody (přímý rozhovor s respondentem, dotazování - dotazník)

Literatura:

1. JESENSKÝ, J. a kol. Kontrapunkty integrace zdravotně postižených, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0
2. NOVOSAD, L. Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80-7083-268-1
3. CHARVÁTOVÁ, H. a kol. Jak se žije dětem s postižením. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670135,
4. KRHUTOVÁ, L. Občané se zdravotním postižením a veřejná správa, Olomouc: Univerzita Palackého, Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005, ISBN 8090365809,
5. ČERVINKA, T. Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, důchodců, mladistvých a studentů, absolventů škol, žen a dalších kategorií. 3. vyd. Praha: Anag, 2007. ISBN 8072633821

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Berou na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Ondřej Masopust

Poděkování

Chtěl bych tímto poděkovat především Doc. Janu Stejskalovi za odborné vedení práce a jeho věcné připomínky a podněty při jejím zpracování. Dále bych chtěl také za možnost realizace prázdné zejména Ing. Ševanové, která měla velmi hodnotné připomínky hlavně, co se týče metodiky prázdné a přípravy záznamového archu.

Anotace

Bakalářská práce se zabývala problematikou integrace postižených do společnosti. Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou negativní a pozitivní faktory v procesu integrace jedinců se zdravotním postižením do společnosti. Metodou pro získávání údajů byl řízený rozhovor. Práce je celkem rozdělena do dvou hlavních částí. V teoretické části byla daná problematika zpracována za použití odborných zdrojů. V následující části praktické je obsažen průzkum a jeho vyhodnocení. Následuje závěr, ve kterém jsou shrnuty výsledky průzkumu.

Klíčová slova: Integrace, postižení, zdravotní postižení, socializace, adaptabilita, segregace, adaptace, sociální učení, náročné životní situace

Annotierung

Die Bachelorarbeit hat sich mit der Problematik der Eingliederung von Behinderten in die Gesellschaft befasst. Das Ziel der Arbeit war die positiven und negativen Faktoren im Integrationsprozess der Einzelpersonen mit Behinderungen in die Gesellschaft zu fokussieren. Die Methodik für die Herausfindung der Daten waren gezielt geführte Gespräche. Die Arbeit ist in zwei Hauptteile gegliedert. Im theoretischen wurde die Problematik mit der Nutzung von Fachquellen verarbeitet. Der folgende praktische Teil beinhaltet die Forschung und ihre Auswertung. Zuletzt folgt die Zusammenfassung der Ergebnisse der Forschung.

Schlüsselwörter: Integration, Behinderung, körperliche Behinderung, Sozialisierung, Adaptabilität, Ausgrenzung, Adaptation, soziales Lernen, schwierige Lebenssituationen

Synopsis

This Bachelor thesis dealt with the issue of integration of disabled people into the society. The aim was to determine what the negative and positive factors in the process of integration of individuals with disabilities into the society were. The method for acquisition of data was a controlled interview. The work is divided into two main parts. In the theoretical part the issue was compiled by using the professional resources. The practical research and its evaluation is included in the following section. The conclusion summarizes the results of the survey.

Keywords: Integration, handicap, disability, socialization, adaptability, segregation, adaptation, social learning, a difficult life situation

Obsah

A) TEORETICKÁ ČÁST	
1 ÚVOD	9
2 LEGISLATIVNÍ RÁMEC	11
2.1 Zákon o sociálních službách	11
2.1.1 Úvodní ustanovení	12
2.1.2 Podmínky úpravy	13
2.1.3 Základní zásady	13
2.1.3 Vymezení některých pojmů	16
2.1.5 Zajištění sociálních služeb	17
2.1.6 Služby sociální péče	17
2.1.7 Osobní asistence	18
2.1.8 Pečovatelská služba	18
2.1.9 Tísňová péče	19
2.2 Školský zákon	20
2.2.1 Individuální vzdělávací plán	21
2.3 Zákon o zaměstnanosti	21
2.3.1 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením	22
2.3.2 Pracovní rehabilitace	23
2.3.3 Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna	25
2.3.4 Podpora na podporu zaměstnávání OZP	27
2.4 Antidiskriminační zákon	29
3 TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	30
3.1 Zařazení jedince se zdravotním postižením do společnosti	30
3.2 Socializace postižených jedinců a sociální integrace	32
4 DRUHY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ	33
4.1 Terminologie zdravotního postižení	33
5 POPTY OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	35
6 SOCIO – PSYCHOLOGICKÉ CHARAKTERISTIKY OZP	37
6.1 Důsledky zdravotního postižení v osobní oblasti	38
6.1.1 Aktivní způsob řešení NŽS	39
6.1.2 Únikové (pasivní) způsob řešení NŽS	40
6.2 Důsledky zdravotního postižení ve společenské oblasti	41
6.3 Stigma jako sociálně psychologické hodnocení	41
6.4 Důsledky zdravotního postižení v ekonomické oblasti	42
7 RODINA, PARTNERSKÉ VZTAHY	42
7.1 Životní perspektivy	44
8 SUBJEKTIVNÍ A OBJEKTIVNÍ DETERMINANTY ŽIVOTA S POSTIŽENÍM	44
B) PRAKTICKÁ ČÁST	
9 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI	46
10 METODY PRŮZKUMU	47
11 PRŮBĚH PRŮZKUMU	48
12 STANOVENÍ PEDPOKLADŮ	53
13 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU	54
14 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	56
15 SHRNUTÍ	69
16 ZÁVĚR	71
17 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
SEZNAM PŘÍLOH	74

Seznam použitých zkratek a symbol :

aj.: a jiné

apod.: a podobn

atd.: a tak dále

cit.: citováno

R: česká republika

DMO: Dtská mozková obrna

EU: Evropská unie

in: v

kol.: kolektiv

mj.: mimo jiné

nap .: nap íklad

NŽS: náro né životní situace

odst.: odstavec

OZP: Osoby se zdravotním postižením

pop .: pop ípad

posl.: poslední

resp.: respektive

str.: strana

TBC.: tuberkulóza

tis.: tisíc

tj.: to je

tzv.: takzvan

tzn.: to znamená

vyd.: vydání

ZP: Zdravotní postižení

A) TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD

Integrace postižených ve speciální pedagogice není jednoznačný pojem. Rozumíme mu tak, že dvě základní vnitřní strukturované složky tohoto procesu a vztahu „lidé postižení“ a lidé „nepostižení“ vytvářejí v konkrétních situacích a podobách vyšší jednotu: neexistují pouze vedle sebe ani jen spolu pohromadě, nýbrž jsou tu pro sebe navzájem.

K uvědomění si důležitosti této možnosti – vyšší jednoty postižených a nepostižených – dospěl u nás už F. Bakule v době svého působení v Jedličkově ústavu v Praze mezi lety 1913 až 1918. (Jesenský, 1995, str. 21)

Po átek všeho je vždy fascinující, stejně tak jako tomu bylo v případě F. Bakuleho. Neméně zajímavé by však bylo sledování peripetií dalších integračních snah od svých počátků až po současnost.

Postoj společnosti ke vzdělávání postižených do té doby prodláhl výrazný posun, od odmítání práva na jejich vzdělávání přes dlouhodobé období segregátorských tendencí ve speciálních vzdělávacích institucích, často internátního a ústavního charakteru, až k integraci výchovy a vzdělávání spolu se zdravými vrstevníky.

Po celá desetiletí byl vytvářen systém speciální výchovně vzdělávací péče u nás a ve světě. Posláním tohoto školství bylo speciálními výchovnými a vzdělávacími prostředky a metodami práce s využitím didaktických pomůcek, kompenzačních technik, pod vedením speciálně vzdělaných učitelů umožnit zdravotně postiženým žákům co možná nejvyšší stupeň zánosti a dovedností. (Jesenský, 1995, str. 27)

Integrovanou výchovu je možné uplatňovat v různých formách již od předškolního věku, různou délkou pobytu postižených dětí v předškolních a školních zařízeních běžného typu, případně v kombinaci tohoto pobytu s docházkou do speciálního zařízení nebo variantou tzv. speciálních a specializovaných tříd, které jsou zřizovány pro postižené děti v běžných školách. (Jesenský, 1995, str. 28)

Zajištění integrace předpokládá vytvoření otevřeného a postupného systému komplexní péče o zdravotně a sociálně postižené děti od zjištění jejich vady po dospělost. Koncepce potvrzuje nutnost hned po zjištění vady zahájit u dítěte speciální komplexní rehabilitační program. K tomuto účelu bylo nutno rozšířit poradenskou péči o další odborná pracoviště v jednotlivých oborech. Ve školství tuto funkci plní kromě pedagogicko – psychologických poraden speciální poradenská centra. (Jesenský, 1995, str. 28 - 29)

Jak dále uvádí Jesenský (1995, str. 29), současně byl vytvořen otevřený systém speciálních škol s možností plynulého přechodu žáků ze speciálních škol do škol běžného typu a naopak.. Znamená to úpravu učebních plánů, osnov a učebnic, vybavení škol moderními kompenzačními pomůckami a didaktickou technikou, zavedení speciálních vyučovacích metod, forem a režimu práce do vyučovacího procesu v souladu s evropskými trendy.

Úspěšná integrace předpokládá vytvoření dostatečně husté sítě speciálních pedagogických poradenských pracovišť.

Informace o možnosti zřízovat od roku 1990 i školy pro zrakově, sluchově a tělesně postižené žáky speciální pedagogická centra rozvíjela hladinu veřejnosti. Tato možnost byla formulována v rámci experimentálního ověření.

Naše a zahraniční zkušenosti jednoznačně potvrdily nutnost hned po zjištění vady u dítěte zahájit speciální rehabilitační program, na kterém by se měla podílet koordinovaná a komplexní zdravotní, sociální a speciální pedagogická péče. Ve vyspělých státech je tato péče zahájena bezprostředně po potvrzení diagnózy. U nás, bohužel, nebyli často rodiče dítěte informováni a nedostalo se jim nutné a natolik potřebné první pomoci.

Na rozdíl od služeb, které poskytují pedagogicko – psychologické poradny dětem a mládeži s širokým spektrem problémů, se speciální pedagogická centra zaměřují pouze na děti jednoho typu postižení. Stejným úkolem tohoto pracoviště je pravidelná a

dlouhodobá práce s dětmi za přítomnosti rodičů, zajišťující reedukaci a kompenzaci, a to ambulantně nebo v rodině dítěte. (Jesenský, 1995, str. 31)

2 LEGISLATIVNÍ RÁMEC

Integrace zdravotně postižených do společnosti, jejich právo na vzdělání, zaměstnání a právo na to nebýt nikým diskriminován, je ustanoveno v českém právním systému v několika jednotlivých (zčásti na sebe navazujících) zákonech. Podrobněji se jím budeme v novat v následujících kapitolách.

Jedná se zejména o tyto právní úpravy:

- 1) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- 2) Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
- 3) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- 4) Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)

2.1 Zákon o sociálních službách

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

2.1.1 Úvodní ustanovení

Prostředí sociálních služeb je charakterizováno množstvím vztahů mezi lidmi a institucemi,

které mají významný vliv na kvalitu života lidí. Jedná se o vztahy, jejichž význam vyžaduje

zákonnou oporu z důvodu ochrany práv a oprávněných zájmů těchto lidí, kteří jsou oslabeni

ve schopnosti je prosazovat.

Hlavním cílem zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování pirozených potřeb lidí, a to

formou podpory a pomoci při zvládání péče o vlastní osobu, v sobě stanovi nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřadit z běžného života společnosti.

Sociální služby umožní člověku ohroženému sociálním vyloučením participovat na každodenním životě společnosti, čímž se míní přístup ke vzdělání, zaměstnání a kulturnímu a společenskému životu.

K tomu, aby mohly být naplněny výše uvedené principy, nabízí zákon následující zásadní nástroje:

Každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství.

Lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiného člověka ve zvládání péče o sebe a v sobě stanovi,

bude poskytována státem sociální dávka „příspěvek na péči“.

Lidem, kteří nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých,

nabízí velmi pestrou nabídku sociálních služeb, ze které si mohou svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností i dalších individuálních preferencí.

Zákon rovněž garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální

a nepřizobené potřebám lidí, a to vždy tak, aby v první řadě zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu.

Zákon také vytváří prostor pro spoluprásti lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druhích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obcích i kraji.

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>

2.1.2 Podmínky úpravy

Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb,

výkon ve veřejné správě v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Dále tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních. (<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>)

2.1.3 Základní zásady

Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitativními způsoby, aby bylo vždy dle sledného zajištění dodržování lidských práv a základních svobod osob.

2.1.4 Vymezení některých pojmů

Pro účely tohoto zákona se rozumí:

a) sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,

b) nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti zvládnout veku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsoby života vedoucí ke konfliktu se společnostmi, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů sešit

vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,

c) dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost,

d) pirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým¹⁾, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity,

e) sociálním začleněním proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít společně, který je ve společnosti považován za běžný,

f) sociálním vyloučením vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace,

g) zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby,

h) plánem rozvoje sociálních služeb výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis a analýza existujících zdrojů a potřeb, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb.

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní

osobu a sobě stačí nebo u osoby do 18 let v kůp i více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a sobě stačí,

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled p i více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a sobě stačí nebo u osoby do 18 let v kůp i více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a sobě stačí,

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled p i více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a sobě stačí nebo u osoby do 18 let v kůp i více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a sobě stačí,

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled p i více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a sobě stačí nebo u osoby do 18 let v kůp i více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a sobě stačí.

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemísťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,

- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
 - o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
 - p) orientace v prostorem prostředí,
 - q) provedení jednoduchého ošetření,
 - r) dodržování léčebného režimu.
- (<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>)

U osoby do 18 let vku se při posuzování potřeby pomoci a dohledu podle § 9 pro účely stanovení stupně závislosti porovnává rozsah, intenzita a náročnost pomoci a dohledu, kterou je třeba vnovat posuzované osobě, s pomocí a dohledem, který je poskytován zdravé fyzické osobě téhož vku. Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let vku se nepřehlíží k pomoci a dohledu při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti, které vyplývají z vku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje.

2.1.5 Zařízení sociálních služeb

Pro poskytování sociálních služeb se využívají tato **zařízení sociálních služeb**:

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na přel cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,

- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče.

Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřízovat mezigenerační a integrovaná centra.

2.1.6 Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim dlouhodobé prostředí a zacházení.

2.1.7 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v prodlouženém sociálním prostředí osob a píinnostech, které osoba potřebuje.

Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní píinnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,

- e) výchovné, vzdělávací a aktivizačníinnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2.1.8 Peovatelská služba

Peovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném obse v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základníinnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

2.1.9 Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základníinnosti:

- a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci,
- b) sociální poradenství,
- c) sociálně terapeutickéinnosti,
- d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- e) pomoc při prosazování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>)

2.2 Školský zákon

- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů nadaných

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami:

Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souhrnné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehké zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona:

- a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,
- b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo
- c) postavení azylanta a ústředníka řízení o udělení azylu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu.

Speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů zjišťuje školské poradenské zařízení

Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na

vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončení stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění. Délku studijního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky.

Dítě, žáci a studenti se zdravotním postižením mají právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou. Dítě, žák a student, kteří nemohou vnímat ze sluchem, se zajišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím znakové řeči. Dítě, žák a student, kteří nemohou číst běžné písmo zrakem, se zajišťuje právo na vzdělávání s použitím Braillova hmatového písma. Dítě, žák a student, kteří se nemohou dorozumívat mluvenou řečí, se zajišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím náhradních způsobů dorozumívání.

Vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zajišťují se pro dítě, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě se souhlasem krajského úřadu v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzděláváni jinak.

Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné školy může se souhlasem krajského úřadu ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dítěte, žáka a studenta se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení.

2.2.1 Individuální vzdělávací plán

Ředitel školy může s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi se

speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Ve stejném vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání může ředitel školy povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu i z jiných závažných důvodů. (<http://zakony-online.cz/?s122&q122=all>)

2.3 Zákon o zaměstnanosti

- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

2.3.1 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Fyzickým osobám se zdravotním postižením (dále jen "osoby se zdravotním postižením") se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce.

Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou:

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznány **invalidními ve třetím stupni ~~plně~~ invalidními** (Tato novelizace nabývá účinnosti 1. ledna 2010.) (dále jen "osoby s těžším zdravotním postižením"),
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznány **invalidními v prvním nebo druhém stupni ~~části n~~ invalidními**, (Tato novelizace nabývá účinnosti 1. ledna 2010.)
- c) rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen "osoby zdravotně znevýhodněné").

Za zdravotně znevýhodněnou osobu podle odstavce 2 písm. c) se považuje fyzická osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovní základem, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění.

2.3.2 Pracovní rehabilitace

Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce místně příslušný podle bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu.

Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výchlezné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výchleznou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výchlezné činnosti.

Ministerstvo stanoví prováděcím právním předpisem obsah individuálního plánu pracovní rehabilitace, druhy nákladů spojených s prováděním pracovní rehabilitace a způsob jejich úhrady.

Teoretická a praktická příprava pro zaměstnání nebo jinou výchleznou činnost osob se zdravotním postižením zahrnuje:

- a) přípravu na budoucí povolání podle zvláštních právních předpisů,
- b) přípravu k práci,
- c) specializované rekvalifikační kurzy.

Příprava k práci je cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání nebo jiné výchlezné činnosti. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců.

P íprava k práci osoby se zdravotním postižením se provádí:

- a) na pracovištích jejího zaměstnavatele individuálně pro osobu s uvedeným zdravotním stavu této osoby; příprava k práci může být prováděna s podporou asistenta,
- b) v chráněných pracovních dílnách a na chráněných pracovních místech právnické nebo fyzické osoby, nebo
- c) ve vzdělávacích zařízeních státu, územních samosprávných celků, církví a náboženských společností, občanských sdružení a dalších právnických a fyzických osob.

Pro osoby se zdravotním postižením mohou být organizovány specializované rekvalifikační kurzy. Tyto kurzy jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace

2.3.3 Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření chráněného pracovního místa poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

Příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením může být maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Vytváří-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s úřadem práce 10 a více chráněných pracovních míst, může příspěvek na vytvoření jednoho chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením být maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně třináctinásobek výše uvedené průměrné mzdy.

Příspěvek se poskytuje za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění nebo na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní

politiku zaměstnanosti, s výjimkou případu, kdy bylo povoleno splácení ve splátkách a není v prodlení se splácením splátek nebo povoleno poskytnutí daní.

Úřad práce může na základě písemné dohody se zaměstnavatelem nebo s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, poskytnout i příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů na chráněné pracovní místo obsazené osobou se zdravotním postižením; roční výše příspěvku může činit maximálně trojnásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Dohoda o poskytnutí příspěvku na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa obsahuje údaje uvedené v odstavci 6 písm. a) a e) až j) a v odstavci 7. Příspěvek se poskytne pouze, je-li splněna podmínka uvedená v odstavci 3.

Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s úřadem práce a příspěbené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

Příspěvek na vytvoření chráněné pracovní dílny může maximálně činit osminásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až čtvrtletí předchozího kalendářního roku na každé pracovní místo v chráněné pracovní dílně vytvořené pro osobu se zdravotním postižením a dvanásobek této mzdy na pracovní místo pro osobu s těžším zdravotním postižením. Vytváří-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s úřadem práce 10 a více pracovních míst v chráněné pracovní dílně, může příspěvek na vytvoření jednoho pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně třináásobek výše uvedené průměrné mzdy.

Příspěvek se poskytuje za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění nebo na pojistném a na penále na sociálním zabezpečení a příspěvku na státní

politiku zaměstnanosti, s výjimkou případů, kdy bylo povoleno splácení ve splátkách a není v prodlení se splácením splátek nebo povoleno poskytnutí daní.

Účel práce může na základě dohody se zaměstnavatelem poskytnout zaměstnavateli i příspěvek na úhradu provozních nákladů chráněné pracovní dílny. Dohoda o poskytnutí příspěvku obsahuje údaje uvedené v odstavci 4 písm. a) a e) až j) a v odstavci 5. Příspěvek se poskytne pouze, je-li splněna podmínka uvedená v odstavci 3. Rozsah výše tohoto příspěvku může být maximálně čtyřnásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku na jednoho zaměstnance, který je osobou se zdravotním postižením, a maximálně šestinásobek výše uvedené průměrné mzdy na jednoho zaměstnance, který je osobou s těžším zdravotním postižením. Pro zjištění počtu zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením a osobami s těžším zdravotním postižením, je rozhodný jejich průměrný roční počet.

Ministerstvo stanoví prováděcím právním předpisem charakteristiku chráněného pracovního místa a pracovních míst v chráněné pracovní dílně, způsob výpočtu ročního počtu zaměstnanců, kteří vykonávají práci v chráněné pracovní dílně, druhy nákladů, na které lze poskytnout příspěvek na úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa a chráněné pracovní dílny, a způsob poskytování příspěvku.

Výši průměrné mzdy za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku vyhlásí ministerstvo na základě údajů Českého statistického úřadu sděleným uveřejněným ve Sbírce zákonů.

2.3.4 Příspěvek na podporu zaměstnávání OZP

Zaměstnavateli zaměstnávajícímu více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob.

Práva a povinnosti zaměstnavatelů a spolupráce s úřady práce

Zaměstnavatelé jsou oprávněni požadovat od úřadu práce.

- a) informace a poradenství v otázkách spojených se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením,
- b) souinnost při vyhrazování pracovních míst zvláště vhodných pro osoby se zdravotním postižením,
- c) spolupráci při vytváření vhodných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením,
- d) spolupráci při řešení individuálního upisování pracovních míst a pracovních podmínek pro osoby se zdravotním postižením.

Zaměstnavatelé jsou povinni:

- a) rozšiřovat podle svých podmínek a ve spolupráci s lékařem závodní preventivní péči možnost zaměstnávání osob se zdravotním postižením individuálním upisováním pracovních míst a pracovních podmínek a vyhrazováním pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením,
- b) spolupracovat s úřadem práce při zajišťování pracovní rehabilitace,
- c) vést evidenci zaměstnávaných osob se zdravotním postižením; evidence obsahuje údaje o důvodu, na základě kterého byla uznána osobou se zdravotním postižením.
- d) vést evidenci pracovních míst vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením.

Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Povinný podíl činí 4 %.

Povinnost uvedenou v odstavci 1 zaměstnavatelé plní:

- a) zaměstnáváním v pracovním poměru,
- b) odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těchto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků nebo služeb chráněných pracovních dílen provozovaných občanským sdružením, státem registrovanou církví nebo

náboženskou společností nebo právnickou osobou evidovanou podle zákona upravujícího postavení církví a náboženských společností nebo obecně prospěšnou společností, nebo zadáváním zakázek tímto subjektem nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadáváním zakázek tímto osobám, nebo

c) odvodem do státního rozpočtu, nebo vzájemnou kombinací způsobů uvedených v písmenech a) až c).

Zaměstnavatelé, kteří jsou organizačními složkami státu nebo jsou zřízeni státem, nemohou plnit povinný podíl podle odstavce 2 písm. c).

Pro zjištění celkového podílu zaměstnanců, celkového podílu zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, a povinného podílu je rozhodný průměrný roční počet zaměstnanců

zaměstnanců. (<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/cast3.a.spx>)

2.4 Antidiskriminační zákon

- Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)

Pro účely tohoto zákona se právem na rovné zacházení rozumí právo nebýt diskriminován z důvodů, které stanoví tento zákon.

Diskriminace je plemě, neplemě, občanství, sexuální občanství a pronásledování; za diskriminaci se považuje i pokyn k diskriminaci a navádění k diskriminaci.

Nepřímou diskriminací se rozumí takové jednání nebo opomenutí, kdy na základě zdánlivě neutrálního rozhodnutí, kritéria nebo praxe je z některého důvodů uvedených v § 2 odst. 3 písm. a) osoba znevýhodněna oproti ostatním. O nepřímou diskriminaci se nejedná, pokud toto rozhodnutí, kritérium nebo praxe je v souladu s právním úkolem a prostředky k jeho dosahování jsou přiměřené a nezbytné.

Nepřímo diskriminací z důvodu zdravotního postižení se rozumí také odmítnutí nebo opomenutí přijmout příslušná opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených ve společnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení.

Zdravotním postižením se pro účely tohoto zákona rozumí

- a) ztráta nebo omezení tělesných, smyslových nebo duševních funkcí,
- b) anatomická ztráta, včetně znetvoření nebo zmrzačení částí těla,
- c) přítomnost mikroorganismů, organismů nebo jiných cizorodých předmětů v těle, jež způsobují nebo mohou způsobit chronickou nemoc,
- d) nemoc nebo funkční porucha, způsobující nutnost uplatnění zvláštních forem, metod a postupů ve vzdělávání, nebo duševní poruchy nebo poruchy chování, a to i tehdy, pokud stav podle písmen a) až d) pominul nebo pokud lze podle poznatků lékařské vědy předpokládat, že se navenek teprve projeví.

Odměňováním se pro účely tohoto zákona rozumí veškerá plnění, peněžité nebo nepeněžité, opakující se nebo jednorázová, která jsou přímo nebo nepřímo poskytována osobě při závislé činnosti.

Zajišťováním rovného zacházení se rozumí přijetí opatření, která jsou podmínkou účinné ochrany před diskriminací a která je možno s ohledem na dobré mravy požadovat vzhledem k okolnostem a osobním poměrům toho, kdo má povinnost rovné zacházení zajišťovat; za zajišťování rovného zacházení se považuje také zajišťování rovných příležitostí.

Pozitivním opatřením se rozumí rozdílné zacházení za účelem odstranění důsledků diskriminace, předcházení nebo vyrovnání nevýhod, které vyplývají z příslušnosti osoby ke skupině vymezené na kterém z důvodů podle § 2 odst. 3.

Povoláním se pro účely tohoto zákona rozumí činnost fyzické osoby vykonávaná za úplatu v závislém nebo nezávislém postavení, jejíž žádný výkon zvláštní právní předpis podmíní určitým splněním kvalifikačních předpokladů, zejména dosažením předepsaného vzdělání a praktických zkušeností.

Sociální výhodou se pro účely tohoto zákona rozumí sleva, osvobození od poplatků nebo peněžité nebo nepeněžité plnění, poskytované nezávisle na nárocích ze sociálního

zabezpečení přímo nebo nepřímo určité skupiny fyzických osob s obvykle nižšími příjmy nebo vyššími životními náklady než ostatní.

(<http://www.google.cz/search?hl=cs&client=firefox-a&channel=s&rls=org.mozilla%3Acs%3Aofficial&newwindow=1&q=antidiskriminace%8Dn%C3%AD+z%C3%A1kon&btnG=Hledat&lr=&aq=0&oq=antidiskriminace%8Dn>)

3 TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Jednou ze **základních otázek**, které před námi v souvislosti s hledáním nového modelu vztahu mezi pracovníky veřejné správy a oběmi stojí, je nutnost vyjasnit základních pojmů, které pro označení příslušníků této **minority** volíme.

Existují názory, které oběmi (lidi) se zdravotním postižením považují za příslušníky menšiny – vymezené právem zdravotním postižením, a samozřejmě i názory opačné. Obvykle jsme schopni vnímat společenské menšiny **vymezené rasou i národností**, v České republice již obě etny již přistupujeme k dalšímu rozlišování společenských vrstev. Zpravidla u nás neradi přijímáme vlivy tzv. vyspělých demokracií a jejich – pro nás až hypertrofovaným – smyslem pro práva menšin nejrozsáhlejšího druhu a typu.

A právem mnoho z nás **zdravotně postižené** za menšinu považovat nebude. Přesto musíme vědět, že z řady důvodů historických, sociologických, antropologických a sociopsychických, ale i ekonomických a obecně společenských, **zdravotní postižení** tvoří svébytnou, vnitřně však velmi diferenciovanou **skupinu oběm**, která vykazuje řadu shodných charakteristik, odlišných od oběm bez zdravotního postižení (tzv. intaktní populace).

Vnitřní diferenciaci uvnitř skupiny zdravotně postižených je rovněž možno nahlížet podle celé řady kritérií. Pravděpodobně nejbližší je dělení podle hloubky postižení. V řadě oficiálních kritérií se setkáváme s dělením zdravotně postižených na **mírně střední a těžké postižení**. (Krhutová a kol., 2005, str.17)

3.1 Za len ní jedince se zdravotním postižením do spole nosti

Dle Autorského kolektivu (2005, str. 27) rozlišujeme **t i hlavní stupn** za len ní jedince se zdravotním postižením do spole nosti. **Jedná se o následující:**

a) integrace

b) adaptace

c) utilita

Integrací rozumíme stav **úplného za len ní lov ka s postižením do spole nosti**. Předpokládá samostatnost, nezávislost lov ka. Integrace nevyžaduje zvláštní ohledy nebo p ístupy ze strany p írozeného prost edí.

Adaptace je o n co nižší fáze za len ní, charakterizujeme ji jako schopnost lov ka s postižením p ízp sobit se sociálnímu prost edí, komunit , spole enským podmínkám.

Dalším stupn m za len ní je tzv. **utilita**, což pochází z latinského výrazu ozna ující upot ebitelnost – lov k již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech. V d sledku svého postižení se ani p es plnou terapeutickou a rehabilita ní pé i nem že zcela socializovat a nem že trvale žít samostatn . Posledním stupn m, o n mž již o za len ní nelze hovo it, je inferiorita, pro niž je typická nepoužitelnost a vy len ní (totální izolace) ze spole nosti. **Lidé jsou zcela nesamostatní**, jsou odkázáni na ošet ovatelskou pé i a pomoc p í uspokojování nejzákladn jších pot eb. U inferiority se sociální vztahy v bec nevytvá ejí, a proto dochází k segregaci, vylou ení ze spole nosti.

3.2 Socializace postižených jedinc a sociální integrace

Jak uvádí Novosad (1997, str. 8 – 9), pojmem **sociální integrace** chápeme proces rovnoprávného spole enského **za le ování specifických – minoritních skupin** (jako jsou nap . etnické a národnostní skupiny, zdravotn postižení a sta í ob ané, sociálně nep ízp sobiví lidé apod.) do výchovn vzd lávacího procesu a do života spole nosti.

Integrace je v kontextu pé e o lov ka a jeho všestranný rozvoj nejvyšším stupn m socializace jedince, kterou definujeme jako **schopnost zapojit se do spole nosti**,

akceptovat její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje. **Schopnost socializace** má nepochybně multifaktoriální dimenzi, danou subjektivními předpoklady určité sociální skupiny, a dále **individuálních odlišností** každého jedince i **objektivními aspekty**, danými stavem vývoje plemene a společností. Z toho vyplývá, že míra socializace není a pochopitelně nikdy nebude u všech postižených jedinců stejná.

Dle Novosada (1997, str.9) rozlišujeme **v procesu socializace celkem čtyři hlavní stupně** :

1)Integrace je plným začleněním a splynutím postiženého do společnosti. Předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, jenž nevyžaduje zvláštní ohledy nebo ústupky ze strany společnosti. Postižení, efektivita se u něho rozvinula, případně se s ní plně vyrovnal a její následky dokázal adekvátně kompenzovat, je schopen plnit všechny funkce vyplývající z plné socializace a je rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech profesní činnosti, pracovního uplatnění i společenského života.

Úspěšnou integraci a dobrou prognózou lze například předpokládat u opožděných nebo zanedbaných dětí, u lehčích forem postižení, u nichž chronických chorob nebo v případě získaného postižení v těch případech, kdy již měl jedinec vytvořené přijatelné sociální vazby.

2)Adaptace je o něco nižší fáze i stupně socializace a charakterizujeme ji jak **schopnost handicapovaného jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám.** Především záleží na osobnosti (volné vlastnosti), schopnostech a potřebách postiženého jedince - jak se dovede vlenit mezi ostatní zdravé i postižené lidi tak, aby byl akceptován prostředím, v němž může žít, nebo ve kterém bude trvale i do smrti žít.

Stupně adaptace lze dosáhnout u defectnějšího typu jako jsou smyslové vady (hluchoněslylost, slepota), komplikované defekty mobility (spasticita, těžká myopatie, oboustranné amputace apod.), autismus, poruchy chování, mentální retardace na úrovni debility, vážné interní nemoci – srdeční vady, TBC, těžké kožní nemoci (psoriáza, rakovina kůže), epilepsie, astma, kardiovaskulární choroby, sklerosa multiplex atd. Tato

postižení p sobí postiženým zna né obtíže a je nutné po ítat s projevy zbytk éfectivity, asto prováděným nízkým sebehodnocením (komplex mén cennosti), což komplikuje výchovný i socializa ní proces, navozuje po átek sociální izolace a znesnad uje společenské i pracovní uplatn ní postiženého. Ve výchovn – vzd lávacím procesu je nezbytné kombinovat porozum ní, takt, pozitivní motivaci s náro ností a systematickým rozvojem zachovaných nebi kompenzujících funkcí, schopností a dovedností. Cílem je dosažení optimální víry sociální samostatnosti.

Utilita ozna uje již jen sociální upot ebitelnost postiženého jedince, jehož vývoj je zna n omezen. Jde nap íklad o kombinované vady(mentální a t lesné), imbecilitu, závažné poruchy chování a psychiatrická onemocnění (paranoia,psychopatie,bipolární psychotické poruchy, sexuální deviace). Takový jedince již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech. V d sledku svého postižení se ani p es plnou terapeutickou pé i nem že pln socializovat a trvale nem že žít samostatn . (Novosad, 1995, str. 54)

Domnívám se, že jednotlivé hranice mezi stupni míry za len nosti jedince se zdravotním postižením do společ nosti jsou vesm s pohyblivé a je možné usuzovat, že nelze p esn ur it (nap . subjektivní, versus objektivní názor), o jaký konkrétní stupe socializace se jedná.

4 DRUHY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ

Nejb žn jším a nejobvyklejším zp sobem **vnit ní diferenciac**e zdravotn postižených je model dle p evládajícího zdravotního postižení. **Nej ast ji se tak setkáváme s postižením:**

- a) t lesným
- b) mentálním a duševním
- c) zrakovým
- d) sluchovým
- e) e ovým

K nim je však nutno přidat i další skupiny, na něž se obvykle zapomíná. Jedná se o následující postižení:

- a) kombinovaná
- b) nemocné civilizačními chorobami

4.1 Terminologie zdravotního postižení

Jedná se o téma, jež úzce souvisí s **postavením** těchto lidí **ve společnosti**. Z historie, a leckdy docela nedávne, jsme zvyklí na označení, termíny a pojmy, které z dnešního pohledu chápeme jako pejorativní, urážlivé i hanlivé. V minulosti se například některé skupiny lidí s postižením nazývaly „**úchylná mládež**“. (Krhutová a kol., 2005, str.18)

Jestliže dnes odmítáme tato slova, nečiníme tak jen z pouhé politické korektnosti, jakéhosi charakteristického rysu postmoderní společnosti západního typu. Důraz na užívání správných pojmů a termínů souvisí se samotnou podstatou lidského bytí – zde občan se zdravotním postižením. Jí rozumíme **právo na plnohodnotný život, právo na sociální začlenění a právo na ochranu cti a lidské důstojnosti**. Proto je nejen neslušné, ale doslova **nepřípustné** v oficiálním i neoficiálním styku používat pro označení zdravotně postižených termíny, které se v obecném slangu staly synonymy pro pohrdání, nadávky apod.

Nemůžeme však popírat, že **v oblasti terminologie** související se zdravotním postižením jsme rovněž svdky povrchních změn, přinášejících zpravidla pod rouškou zmíněné korektnosti.

Obecně však můžeme uvést, že při používání pojmů souvisejících s občanem se zdravotním postižením se vždy snažíme klást důraz na to, aby vlastní termín označující postižení stál vždy až jako druhořadý za tím **nejdůležitějším**, kterým je daný **lov k, osoba, občan**.

5 POČTY OBČANŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Po celou dobu uplynulých patnácti let nebylo možno zodpovědět otázku na počet občanů se zdravotním postižením v české republice. Odpověď je vždy a v každé

společnosti závislá na **zvolených klasifikačních kritériích**. V České republice existuje až několik desítek klasifikačních postupů, které jsou v nich kterých případech nesoumíselné i nekompatibilní (zdravotně postižený pro účely dávek státní sociální podpory – zdravotně postižený pro účely povinné školní docházky).

Z dalšího pohledu zahrnují zdravotní situace a stavy nesoumíselné z hlediska **závažnosti a hloubky postižení** (institut úplné bezmoci versus například na brýlovou ohrubu zveřejněného zdravotního pojištění). Existence tak rozsáhlé řady klasifikačních kritérií bývá někdy kritizována (zejména obávají se zdravotním postižením) a **bývá požadováno vypracování jednotné definice pojmu zdravotní postižení**. Množství klasifikačních postupů je však ve značně rozmanitém společenském terénu zřejmě nezbytné. Reálně existuje řada systémů podpory, které sledují různé stránky projevu a následků zdravotního postižení. (Krhutová a kol., 2005, str.19)

Přiznávání mimořádných výhod je nezávislé na přiznání invalidity, bezmocnosti i statutu obávající se zdravotním znevýhodněním. Dosavadní pohled o potu obávající se zdravotním postižením je tedy dán výtečným obáváním, kteří jsou sledováni v té které klasifikační třídě.

Příklady klasifikačních kritérií zdravotně postižených

V Národním plánu vyrovnávání potřeb pro osoby se zdravotním postižením z roku

osob	Celkový počet osob s zdravotním postižením		1998 byl
	Zrakově postižení	60 000	celkový
	Z toho velmi těžce postižených	17 000	počet
	Sluchové postižení	100 000	se
	Z toho zcela hluchých	15 000	
	S poruchami vidění	60 000	
	Z toho slepohluchých	1 500	
	Mentální postižení	300 000	
	S vadami pohybového ústrojí	300 000	
	Diabetici	530 000	
	Z toho inzulovaných	70 000	
	Postižení epilepsií	140 000	
	Duševní nemocní	100 000	
	Psoriatici	200 000	

zdravotním postižením odhadován na 1.2 mil. Osob, stejně jako v předchozím Národním plánu z roku 1993, kde bylo uvedeno dělení podle postižení. (viz tabulka)

Jeden z ojedinělých pokusů zjistit skutečný počet osob s zdravotním postižením u nás provedl v rámci výzkumného šetření **Socioklub v roce 1997**. Podle jeho zjištění byl stanoven následující orientační výskyt jednotlivých druhů zdravotního postižení na 10 tis. Obyvatel.

(Krhutová a kol., 2005, str.20)

Převládající nepřesnosti lze konstatovat, že je u nás asi 1 milion zdravotně postižených, tedy asi 10 % obyvatel republiky. Toto konstatování je i v relaci se situací v dalších evropských zemích. Prakticky se však jedná nikoliv o tak vysoký ve skutečném počtu zdravotně postižených, nýbrž **odlišná kritéria při posuzování**. Podle Dodavkové zprávy Evropské unie k přijetí Rozhodnutí Rady Evropy o Evropském roku osob se zdravotním postižením 2003 má v EU zdravotní postižení přibližně 38 milion

osob, neboli každý desátý Evropan všech v kových kategoriích. (Krhutová a kol., 2005, str.21)

6 SOCIO – PSYCHOLOGICKÉ CHARAKTERISTIKY OZP

Lidé se zdravotním postižením tvoří velmi silně diferenciovanou skupinu obecně však definovanou existencí znaku, přítomností postižení, které vlivem nedostatků ve společenském prostředí může způsobovat složité handicapy. Zdravotní omezení, která jsme si zvykli označovat jako postižení, provázejí lidstvo od samého začátku, existují a existovat přes veškeré úsilí budou. Vyspělým zemím s vysoce rozvinutou preventivní a léčebnou péčí se podařilo zlikvidovat nebo alespoň dostat pod kontrolu mnoho nemocí vedoucích k trvalému zdravotnímu postižení, ale jsou konfrontovány s jinými jejími velmi vážnými problémy. Přes veškeré snahy není patrné, že by se tento počet výrazněji zmenšoval, ale naopak má spíše tendenci vzrůstat.

Například ve světě je přibližně **8 milion lidí každoročně hospitalizováno** kvůli dopravním nehodám. Podle odhadů dochází každoročně k 50 milionům pracovních úrazů, z nichž mnohé zanechávají **trvalé zdravotní následky**. Připomínáme – k tomu ještě milión lidí s nemocemi krevního oběhu, se závislostí na alkoholu a drogách a válkami a konflikty, a vezmeme-li v potaz důsledky znečištění životního prostředí, hlad, zemětnutí a další přírodní i lidmi vyvolané katastrofy, nově také důsledky terorismu, jeví se celkový **odhad 500 milion lidí se zdravotním postižením opravdu minimální**. (Krhutová a kol., 2005, str.22)

Lidé se zdravotním postižením a jejich rodiny představují skupinu osob, která je ovlivněna zásadní událostí – existencí zdravotního postižení a jeho důsledky. Zejména u těchto forem zdravotního postižení dochází k výrazným změnám v možnostech plnohodnotné existence ve veřejném životě i v soukromých aktivitách. Zdravotní postižení tak představuje jednu z nejtěžších životních zkoušek. Představuje sociální událost, která je, na rozdíl od jiných, v těšinou nezávislá na vlivu okolností.

Jakkoli není možné uvažovat o lidech s postižením jako o homogenní skupině lidí, která stejně jedná, stejně myslí a stejně prožívá, existují nicméně určité společné nebo alespoň

se vyskytující rysy, které vyplývají ze společné situace stejných vnějších tlaků, kdy každý jednotlivý člověk s postižením hledá své vlastní individuální řešení.

D sledky zdravotního postižení se projevují v různých oblastech, zejména v oblastech:

- a) osobní
- b) společenské
- c) ekonomické

6.1 D sledky zdravotního postižení v osobní oblasti

Jelikož se domníváme, že d sledky zdravotního postižení jsou nejvíce patrné v oblasti osobní, budeme jí na následujících stránkách v nově také nejvíce věnovat pozornost. Podle mého názoru se od výše uvedených d sledků pro obecně se zdravotním postižením (tedy v osobní oblasti) odvíjí d sledky nejen společenské, ale i ekonomické.

Každé postižení působí na člověka specifickým způsobem, vyplývajícím z typu zdravotního postižení, jeho závažnosti i doby, ve které vzniklo.

Vrozené postižení má nížeškeré podmínky vývoje, má níže sociální vztahy, vyvolává u některých druhů podnět, omezuje od počátku vývojové možnosti dítěte. Na druhé straně se dítě žijící s postižením od narození na něj lépe adaptuje.

Získané postižení méně zasahuje vývoj funkcí osobnosti, které se až do doby vzniku postižení mohly vyvíjet normálně, klade však daleko větší nároky na adaptaci, zvláště v oblasti postižené funkce. Získané postižení znamená obvykle velký zásah do osobnosti, způsobuje duševní trauma a subjektivně je velmi hluboce prožíváno.

Postižení jako takové lze z hlediska jednotlivce chápat jako nárokovou životní situaci, protože má dle dlouhodobě působícího zatěžujícího vlivem, zvyšovat stres, zhoršovat jeho každodenní situaci, způsobovat různé konflikty, z nichž některé mohou pro něj být

neřešitelné (např. životní ambice proti reálné možnosti limitované postižením). Pro zvládnutí situace zdravotního postižení je důležité, jak člověk své postižení prožívá, jaké způsoby řešení své situace nachází a jak tyto způsoby řešení ovlivňují jeho osobnost. (Krhutová a kol., 2005, str.23)

Život s postižením je náročný především na **schopnost adaptace** (viz výše) – obvykle bývá obtížnější přizpůsobit se podmínkám okolí, a fyzickým (chybné smyslových podnětů, omezení vyplývající z tělesného postižení, existence architektonických bariér aj.) nebo podmínkám sociálním (bývá mnohem obtížnější zaujmout mezi vrstevníky, v rodině spojení pevné postavení odpovídající jeho potřebám, zkomplikováno je i sociální učení a socializace v běžném životě).

Aby člověk s postižením dosáhl adaptace, je nucen neustále se uchylovat nejprve k kompenzačním technikám řešení náročných situací.

V zásadě jsou dvojího druhu a vyplývají ze dvou základních reakcí – agrese (aktivní řešení) a únik (pasivní řešení).

6.1.1 Aktivní způsoby řešení NŽS

Mezi aktivní způsoby řešení náročných životních situací (dále již jen NŽS) patří agrese, přičemž nemusí jít přímě o fyzické násilí, ale například o verbální agresi (urážky, nadávky, jízlivost, ironie, škádlení, popichování) vůči druhým i osobám, popřípadě vůči věcem. Tato agrese může mít účinek na snížení napětí, vybití tenze nebo i dosažení žádoucího. Je možné, že určité způsoby chování související se zvýšenou potřebou sebeupokojení (jako kompenzace limitovaných schopností i možností v jiných oblastech) jsou zdravým okolím vnímány jako agresivní. Je to proto, že **nesouhlasí s obecným postojem k člověku s postižením** jako osobě, která je na **okraji společnosti**, závislá spíše na charitativní péči a soucitu okolí. Vlastní aktivita a sebeupokojování jsou pak vnímány jako nepřiměřené a nepřístojné. Reálné agresivní reakce mohou být také vyvolány situacemi, kdy se člověk s postižením cítí být objektem soucitu, který v sobě obsahuje zároveň podcenění. Podobné situace jsou velmi obtížné snesitelné, člověk pak reaguje ne tolik na samotný projev ústí, ale spíše na to, co v něm cítí jako pro sebe ponižující.

Mezi aktivní techniky řešení patří také **upoutávání pozornosti** (zejména u deprivovaných dětí), negativismus, hledání viníka, identifikace se silnější osobností, skupinou i institucí.

Jak dále tuto teorii rozvádí Krhutová a spol. (2005, str. 24), **významné místo zaujímá kompenzace jako technika**, která pomáhá vyrovnat deficit v jedné oblasti zvýšenou výkonností v oblasti jiné. Přesunem zájmu do jiné oblasti nebo zvýšením výkonu v oblasti, která je mu dostupná, umožňuje významným způsobem překonat omezení daná postižením. Velmi pozitivní technikou při zvládání náročné životní situace je humor. S jeho normalizační silou máme jistě každá zkušenost. Je-li člověk s postižením schopen nahlédnu na svou situaci, poznáme to často právě podle toho, jak upřímně (bez jízlivosti nebo akcentu útočnosti) se dokáže zasmát i tzv. černému humoru z oblasti postižení.

6.1.2 Únikové (pasivní) způsoby řešení NŽS

Únikové způsoby řešení NŽS lze **obecně charakterizovat jako rezignaci na dosažení cíle i řešení situace**. V zásadě jde o **pasivní řešení** jako přímý únik, **izolace** jako ochrana před zraněním, **popření** nebo **potlačení** nepříjemné skutečnosti atd.

V této základní situaci se pak **formují rysy osobnosti člověka s postižením**. Nevznikají rysy nové, spíše jde o to, že některé rysy, které u člověka bez postižení nemusí vystupovat do popředí, mohou být u lidí s postižením více zvýrazněny.

V oblasti samostatnosti a soběstačnosti dochází zejména u těžších postižení ke snížení schopností limitovaných typem postižení. U lidí se získaným postižením jde o velmi citlivou záležitost, nebo bývá doprovázena **pocitem ztráty nezávislosti, samostatnosti a svobody**. Přítomnost zdravotního postižení bez ohledu na jeho druh a závažnost může způsobovat zátěž vzhledem k vytváření obrazu sebe sama, zasahovat do sebehodnocení, může vést k neurotizujícím pocitům méněcennosti vedoucím k problematickým sociálním vztahům a prohloubení obtíží.

Velmi důležitou otázkou je **vnitřní přijetí nebo nepřijetí zdravotního postižení** jako takového, případně problém nové identifikace u získaného postižení, přičemž tato **nová identifikace** je do značné míry závislá na předchozím vlastním postoji k lidem se zdravotním postižením z doby před postižením.

Lidé s postižením, kteří nerezignují a **aktivně participují** k řešení své životní situace, obvykle vynakládají k dosažení stejných nebo podobných výkonnostních výsledků ve srovnání s lidmi bez postižení nepomělně více úsilí, jejich aktivity jsou doprovázeny velkou energetickou náročností jak z hlediska fyzického, psychického i společenského. Proto, dosáhnou – li někteří lidé s postižením stejných nebo podobných výsledků, **jedná se v jistém smyslu o daleko větší výkon než u nepostiženého člověka**. Kvalita života člověka s postižením může být velmi vysoká, a také přitom velmi záleží na vnitřní motivaci, otevřenosti a porozumění okolí a institucionální podpoře. (Krhutová a kol., 2005, str.24 - 25)

6.2 Důsledky zdravotního postižení ve společenské oblasti

Člověk se při setkání s postižením jiného člověka dostává do **kontaktu s vlastní zranitelností**. Reaguje na ní různým způsobem – soucitem, ochranným i operovávajícím postojem, neúctným odstupem, odporem, poplchem atd. Vzhledem k obecným postojům k postižení ve společnosti bývá každý člověk s postižením obvykle **vtažen do role postiženého**. Člověk mající postižení je zpravidla chápán jako postižený, jeho **osobnost je redukována na jeho handicap**. Problém je v tom, že toto vnímání je nejen na straně majority, ale bývá přijímáno i samotnými lidmi s postižením. Z postižení jako takového se pak stává hlavní identifikační znak sebe sama, což **může mít za následek určité změny ve struktuře osobnosti** a z nich vyplývající reakce a způsob chování. (Krhutová a kol., 2005, str.25)

6.3 Stigma jako sociálně psychologické hodnocení

Jak dále uvádí Krhutová a kol. (2005, str. 26), **trvalé postižení i chronické onemocnění může být sociálně psychologicky hodnoceno jako stigma**.

Stigmatizovaná onemocnění jsou takové odchylky, které mají nežádoucí nápaditost v sociálních projevech (zevnější, komunikace apod.), které vyvolávají odpor a bývají často spojeny například s představou, že si je člověk sám nebo jeho předkové nějakým způsobem zavinili. V případě **stigmatizovaných onemocnění** nejde jen o faktické omezení psychických i somatických funkcí, ale mnohem více o způsob, jakým **jsou tyto lidé vnímáni, hodnoceni a na základě toho akceptováni**, i spíše neakceptováni. **Stigma** není skutečnou vlastností člověka, ale je mu přisouzeno v rámci postojů typických pro danou společnost. **Stigmatizace** se může projevat například v úrovni komunikace s takovým člověkem, která je typická protektorským přístupem, neochotou vyslechnout jeho názor, omezením doby komunikace apod.

V posledních přibližně dvaceti letech se užívá v souvislosti s lidmi se zdravotním postižením ve zvýšené míře pojem **integrace**. Jde přitom o **úpravu vztahů majority a minority** a jejich soužití a o úspěšnost začlevení lidí s postižením do společnosti. Nověji se setkáváme také s termínem inkluze, který ovšem není s pojmem integrace zcela identický.

6.4 Důsledky zdravotního postižení v ekonomické oblasti

Ztráta nebo nutnost změny zaměstnání přináší snížení ekonomického příjmu v etně, snížení osobního standardu a s ním již dříve zmiňované snížení společenského statutu. Zdravotní postižení obvykle rovněž přináší vyšší životní náklady například na zajištění specifických úprav prostředí, poskytnutí pomůcek nebo služeb.

7 RODINA, PARTNERSKÉ VZTAHY

U lidí se zdravotním postižením je zpravidla schopnost založit si vlastní rodinu považována za důkaz úspěšného začlenění do společnosti. Navazování a vývoj partnerských vztahů však naráží na řadu problémů.

Reálné možnosti setkávání se jsou relativně omezeny, nebo lidé se i přes integraci snahy zpravidla pohybují v omezeném sociálním kruhu lidí, což limituje jejich možnosti seznámení i volby partnera. Velmi často se tak stává, že lidé s postižením dávají

přednost partnerovi se stejným postižením, protože u něj hledají porozumění pro své problémy.

Při získaném postižení jsme často svědky toho, že se partnerské vztahy rozpadají, a to ne vždy pouze z iniciativy zdravého partnera. V procesu adaptace na získané postižení je člověk obvykle přecitlivělý na projevy soucitu a útrpnosti, a tak často je to člověk s postižením sám, kdo vyvolává rozpad vztahu, pokud je přesvědčen, že zdravý partner s ním zůstává právě jen ze soucitu. (Krhutová a kol., 2005, str.27)

Lidé s postižením mají stejné práva na rodinný a rodinný život jako každý z nás. Přestože velká část má k rodinnosti – zejména u genetických onemocnění – odpovědný přístup a volí cestu bezdětného manželství, rodí se z těchto svazků přirozeně také děti s postižením. Situace narození dítěte pak v této konstelaci nebývá tak fatálně vnímána jako životní katastrofa, nebo se zdravotním postižením lze vést za určitých podmínek kvalitní a plnohodnotný život a toto rodiče to vědí.

Jestliže je dítě od raného věku přijímáno jako postižené, nejsou ani požadavky, které na ně rodiče kladou, a očekávání, která se k němu vztahují, stejná, jako kdyby bylo zdravé. Tato změna požadavků a očekávání sama o sobě ovlivňuje vývoj osobnosti dítěte. (Krhutová a kol., 2005, str.28)

7.1 Životní perspektivy

Životní perspektivy člověka se zdravotním postižením závisí zčásti na něm samotném, na jeho osobní historii, zpusobu, jakým překonává omezení dané postižením, na společenských podmínkách apod. Aktivizujícím systémem osobnosti jsou procesy motivace. V některých případech přibírá postižení jako omezení vysokých cílů jednotlivce, jindy však je mu spíše stimulací k vytvoření si cílů velmi vysokých, které jediné mohou představovat pro člověka s postižením překonání životní situace dané handicapem.

Aktivita ve vztahu k lidem se zdravotním postižením by měla být taková, aby jim umožnila maximální rozvoj a uplatnění tak, aby se koneckonců postižení stalo pouze

jednou z charakteristik postiženého člověka, a to nikoliv tou nejdůležitější. (Krhutová a kol., 2005, str.29)

8 SUBJEKTIVNÍ A OBJEKTIVNÍ DETERMINANTY ŽIVOTA S POSTIŽENÍM

V obecné rovině lze zdravotní postižení považovat za následek vleklé, kontinuálně se měnící dysfunkce základního systému člověka versus prostředí člověka versus společnost. Tato dysfunkce má jistě variabilní formu, avšak její důsledky jsou vždy velmi závažné pro společnost i jedince. Determinanty ovlivňující život lidí s postižením lze v zásadě rozdělit na subjektivní a objektivní, z nichž některé je možné změnit a některé jsou nemenné a můžeme je pouze kompenzovat či dokonce eliminovat jejich negativní působení. Zároveň je nutné poznamenat, že většina dále uvedených faktorů má smíšený charakter, prolínají se a jejich následky se kombinují.

Meziinitelé subjektivní patří:

- a) zdravotní stav a omezení, která z něho vyplývají. Tím máme na mysli chronické onemocnění nebo trvalé zdravotní postižení, jež není plně terapeuticky zvládnout a které zásadním způsobem ovlivňuje lokomoci, mobilitu, vnímání a komunikativnost, chápání, emocionalitu, chování a jednání jedince.
- b) Osobnostní rysy jedince dané souhrnem vrozených dispozic i ovlivněné působením rodiny, školy, komunity a společnosti.
- c) Vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů.
- d) Schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci, která je dána zejména charakterovými vlastnostmi, volní a motivační složkou osobnosti.
- e) Vnější vlivy, na nichž je jedinec závislý, tedy rodina i osobní zázemí a užší sociální prostředí – komunita,

Uvedené aspekty tím nejpodstatnějším způsobem poznamenávají život postižené populace a určují úspěšnost socializačního procesu, avšak jsou ovlivnitelné jen v omezené míře.

1) Mezi subjektivní, na osobě postiženého, méně závislé initele přidáme:

- společenské v domě, postoje k postižené populaci a existujícímu sociálnímu stigma.

- Stav životního prostředí, jenž posuzujeme z hlediska:

- a) podílu na četnosti výskytu postižené populace vlivem stavu životního prostředí a jeho působení na patogenetický proces
- b) přímého vlivu na existenci a život těchto lidí, tím rozumíme zvláště :
 - toxikaci, resp. Toxicitu prostředí, změny klimatu, urbanizaci krajiny,
 - vlastní životní prostor a v něm existující technické, dopravní, komunikační i architektonické bariéry
 - sociální politiku, tedy vztah státu ke znevýhodněným osobám
 - vzdělávací politiku, tedy úroveň zprostředkování výchovy, vzdělání a profesní přípravy lidem se zdravotním postižením
 - politiku zaměstnanosti, tedy vliv a možnost vytvářet pracovní místa a zabezpečit tak využití nadání a schopnosti lidí s handicapem.
 - Sociální služby, tedy takové služby, které budou adresné, adekvátní, eticky a důstojně uspokojovat potřeby postižených lidí a kompenzovat tak omezení, která vyplývají z konkrétního typu zdravotního znevýhodnění.

Smyslem soustavné péče o zdravotně znevýhodněné jedince je vyvážené, kvalifikované a dostatečně citlivé působení na zmíněné determinanty základních náprav společenských vztahů a postojů, omezení stigmatizace i celkových negativních dopadů na sociální - minoritní – skupinu. (Novosad, 1997, str. 10)

B) PRAKTICKÁ ČÁST

9 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cíle praktické části bakalářské práce jsou následující:

Zjistit na základě řízeného rozhovoru pozitivní a negativní faktory ovlivňující integraci zdravotně postižených do společnosti na Liberecku.

Pokusit se zachytit nejdůležitější myšlenky zdravotně postižených (dotazovaných) občanů v oblasti problematiky integrace zdravotně postižených do společnosti.

10 METODY PRŮZKUMU

Po zvážení všech výhod a nevýhod u metod, které by teoreticky mohli být použity při průzkumu, jsme nakonec rozhodli pro metodu explorativní. V tomto konkrétním případě se jednalo o **strukturovaný (řízený) rozhovor**, který někdy odborná literatura označuje jako **interview**.

Matoušek (2003, str. 192) popisuje **rozhovor**, nazývaný také někdy jako **interview**, jako **základní techniku práce v pomáhajících profesích** v etnografických forem sociální práce.

Rozhovor má fázi přípravnou, během níž by se měl profesionál seznámit s potřebnými informacemi a naladit se na rozhovor. **V další fázi** je žádoucí dojednat s klientem kontrakt definující problém, na němž se bude pracovat, počet schůzek, délku, očekávaný výsledek, vedení záznamu a druhnost informací, jež klient profesionálovi sdělí. **Vlastní rozhovor** by se měl více opírat o otázky otevřené (žádající osvětlení kontextu) než uzavřené. Během rozhovoru by měl profesionál parafrázovat pocity svými slovy. Ve vhodný okamžik je žádoucí shrnout dosavadní obsah rozhovoru.

Metoda řízeného rozhovoru byla použita z toho důvodu, že se jedná o metodu „tváří v tvář“, jde o interaktivní získávání dat a v neposlední řadě jde o metodu, která je dobře použitelná u klientů terénních sociálních služeb. Lze u nich předpokládat nízkou vzdělanostní, pravděpodobně i gramotnou, úroveň a písemná explorativní metoda – dotazník, by z tohoto důvodu nebylo možné kvalitně použít. Většina respondentů má problémy se čtením, zejména se čtením s porozuměním a také se psaním. Metoda dotazníková by ovšem byla jednodušší z hlediska snímání dat i z hlediska vyhodnocení. V těchto dvou aspektech lze spatřovat nevýhody řízeného rozhovoru.

Ferjenčík (2000, str. 171) vhodně dodává, že **rozhovor představuje zprostředkovaný a vysoce interaktivní proces získávání dat**. **Interaktivnost** znamená, že rozhovor je stetnutím tváří v tvář, výzkumník aktivně vstupuje do situace. Informace, které chce výzkumník získat rozhovorem jsou vždy zprostředkované. Tato zprostředkovanost je dána nejen specifickými záměry respondenta (z různých důvodů nepovíme vždy to, co si

myslíme) ale i jazykovou obratností a strukturou a povahou jazyka. Tento typ rozhovoru z hlediska jeho cíle popisuje jako nástroj pro získávání informací a nazývá ho jako tzv. poznávací rozhovor, **tzv. interview**.

Ferjeník (2000, str. 176) rozlišuje celkem klasicky **otázky rozhovoru na otevřené a uzavřené**. **Otevřené otázky** jsou formulovány tak, aby neohraničovaly možnosti odpovědí respondenta. **U uzavřených otázek** (nazývané někdy jako otázky s nucenou nebo omezenou volbou) si respondent jako odpověď může vybrat jednu z předem předložených a připravených alternativ.

Typy otázek řízeného rozhovoru byly zvoleny v trojí podobě. Jednalo se o otázky otevřené, uzavřené i o jejich kombinace.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o strukturovaný rozhovor, bylo nutné předem připravit otázky, jejich obsah i pořadí, a to v písemné formě. Cílem bylo, aby průběh a zaznamenávání odpovědí řízeného rozhovoru byl rámcově stejný se všemi respondenty. Vzor formuláře je uveden v příloze 1 a 2.

řízený rozhovor obsahoval následující části:

1) Úvodní část

Zahrnovala následující body:

vytvoření příznivého klimatu a navození důvěrné atmosféry,
motivace respondenta ke spolupráci zejména objasněním cíle průzkumu a praktického významu výsledků
souhlas respondenta s písemnou formou záznamu.

2) Hlavní část

Zahrnovala kladení předem připravených otázek obsažených v písemném formuláři a záznam odpovědí.

3) Závěrečná část

Jednalo se o část, kdy bylo respondentovi poděkováno za jeho spolupráci a závěrem došlo ještě jednou k ujištění, že získaná data a informace nebudou žádným způsobem zneužita.

11 PRŮBĚH PRŮZKUMU

Průzkum probíhal ve třech základních etapách:

Přípravná etapa (květen – listopad 2009): Daná etapa byla důležitá zejména ve smyslu výběru vhodných odborných zdrojů, které byly použity ke zpracování teoretické části bakalářské práce. V této etapě také došlo ke stanovení předpokladů, přípravě metodiky sběru dat, tvorbě řízeného rozhovoru, zvolení metodiky zpracování dat, zvolení zkoumané cílové skupiny.

Realizace (prosinec 2009 - leden 2010): V této etapě probíhal průzkum a na základě jeho výsledků bylo následně provedeno vlastní průzkumné šetření.

Závěrečná (únor 2010 – duben 2010): zpracování získaných dat a jejich interpretace. Celková kompletace práce.

Po kompletaci teoretické části práce jsme se přesunuli do již zmínované fáze realizace, ve které jsme vypracovali záznamový arch řízeného rozhovoru. Nejprve proběhl první pilotní rozhovor (**viz příloha . 1**), a to na malém vzorku dvou respondentů. Během těchto pilotních rozhovorů se vyskytlo několik nejasností a nepřesností, které bylo třeba zkontrolovat. Otázky otevřené se ukázaly být srovnatelně mnohem náročnější, než se předpokládalo. **Délka rozhovoru činila přibližně 50 minut**, což se z hlediska udržení pozornosti respondentů a jejich motivace rozhovor dokončit zdálo jako velmi dlouhé. Samotné téma řízeného rozhovoru se ukázalo jako velmi citlivé.

Na základě sejmutí pilotních rozhovorů byly otázky rozhovoru ve formuláři ještě pro vlastní průzkum dále upraveny – **viz příloha . 2**.

Vlastní průzkum tedy probíhal pomocí **strukturovaného rozhovoru**, který jsem prováděl osobně.

12 STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ

Na základě údajů uvedených v odborné literatuře byly stanoveny následující **předpoklady**, které byly ověřované pomocí řízeného rozhovoru a zaznamenávány v záznamovém archu.

Předpoklad . 1: Lze předpokládat, že možnosti existují formy integrace zdravotně postižených do společnosti.

Předpoklad . 2: Lze předpokládat, že je možné zajistit plnohodnotný život zdravotně postiženým ve společnosti.

Předpoklad . 3: Lze předpokládat, že většina dotazovaných je nespokojena se současnou situací v oblasti integrace zdravotně postižených do společnosti.

Předpoklad . 4: Lze předpokládat, že více než dvě třetiny dotazovaných bude považovat současný přístup za nedostatečný k tomu, aby žily plnohodnotný život.

13 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

Průzkum byl prováděn celkem ve třech nejmenovaných ústavních zařízeních v Libereckém kraji a v neposlední řadě u známých, kteří trpí některým z druhů zdravotního postižení.

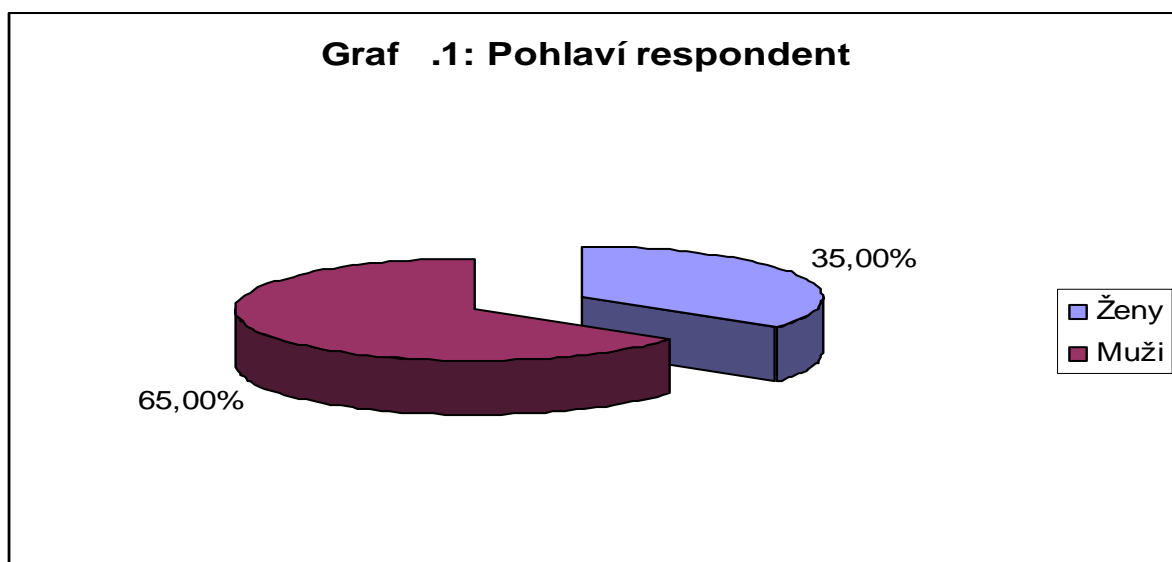
Respondenti byli pečlivě vybíráni. Předem byla stanovena podmínka, že respondenti musí být intelektově a celkovou mírou rozumových schopností na takové úrovni, aby dokázali odpovědět na otázky v záznamovém archu. V neposlední řadě se jednalo o volně respondenty. Dolní věková hranice nesměla klesnout pod 18 let. Důraz byl také kladen na to, aby se jednalo o rozličná zdravotní postižení. Celkem se jednalo o heterogenní skupinu 20 respondentů, tedy přesněji o 13 mužů a 7 žen. (**viz Tabulka . 1 - Pohlaví respondentů**)

Počet respondentů byl původně plánován vyšší (cca celkem 45 respondentů), ale již ve fázi předvýzkumu bylo zřejmé, že nebude možné (zejména z důvodu časové náročnosti řízeného rozhovoru, časté neochoty klientů k rozhovoru apod.) takové množství obsáhnout.

Pozn.: Jak jsme již uvedli výše, k pr zkumu byla zvolena taková skupina respondent , která byla (výší intelektu a rozumových schopností) schopná odpov d t na uvedené otázky. Jednalo se o n kolik druh zdravotních postižení (viz níže).

Tabulka . 1: Pohlaví respondent

Pohlaví	Absolutní etnost	Relativní etnost
Ženy	7	35,00%
Muži	13	70,00%
Celkem:	20	100,00 %

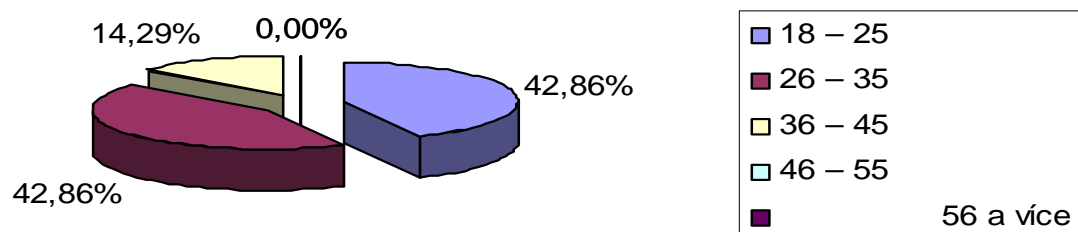


Jak ukazuje tabulka . 1 a graf .1, z hlediska pohlaví p evažují muži nad ženami v pom ru 65:35%.

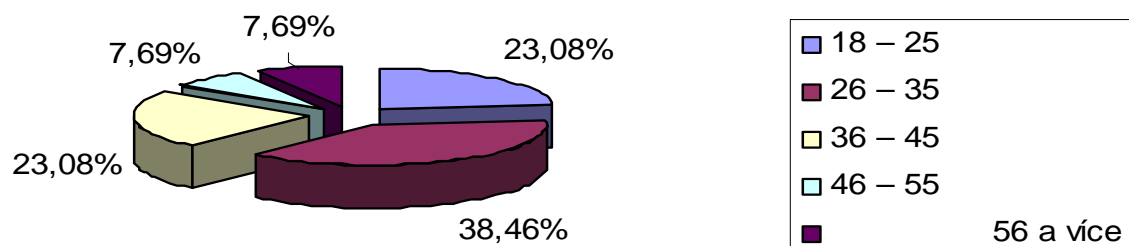
Tabulka . 2: V k respondent

V k respondent	Absolutní etnost/ relativní etnost - ženy	Absolutní etnost/ relativní etnost - muži
18 – 25	3/42,68%	3/23,8%
26 – 35	3/42,68%	5/38,46
36 – 45	1/14,29	3/23,8%
46 – 55	0/ 0,00%	1/ 7,89
56 a více	0/ 0,00%	1/ 7,89

Graf .2a: V k respondent - ženy



Graf .2b: V k respondent - muži



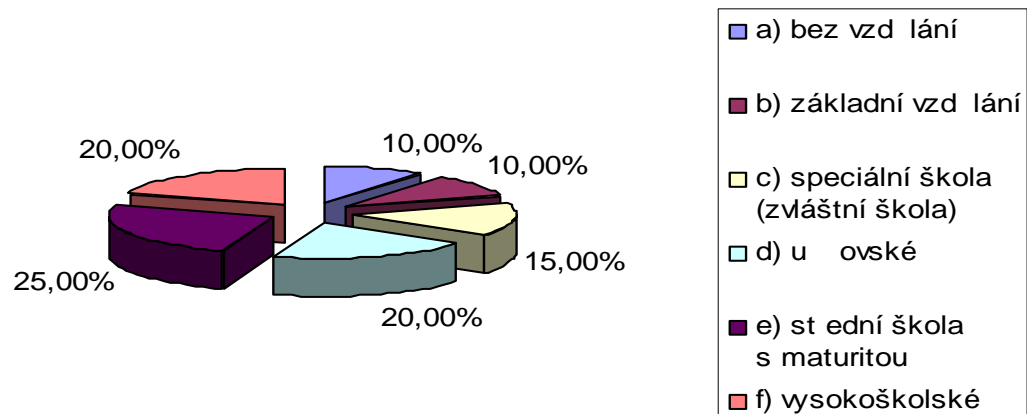
V kové rozp tí **u všech respondent** bylo od 19 – 57 let. V kové rozp tí **u žen** bylo od 19 do 43 let. Pr m rný v k respondentek byl 29 let. V kové rozp tí **u muž** bylo od 20 do 57 let. Pr m rný v k u muž inil 33 let. Pr m rný v k **všech respondent** byl 31 let.

Tabulka . 3: Nejvyšší dosažené vzd lání

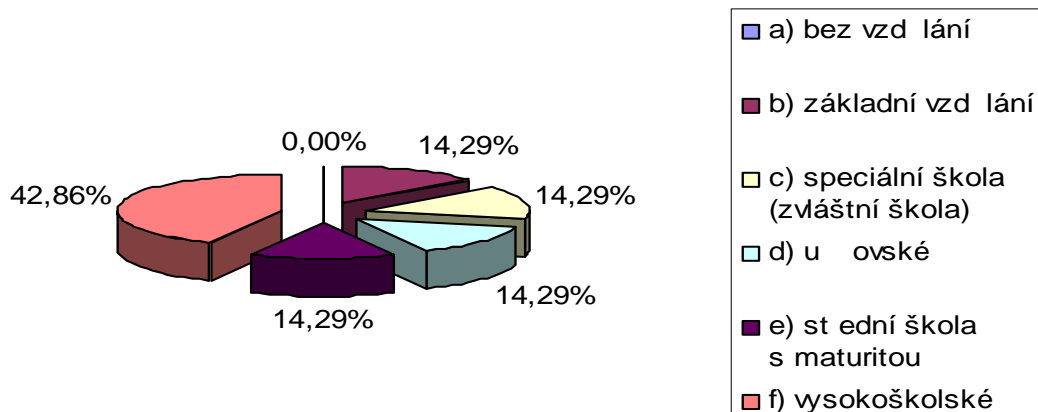
Odpov	Absolutní etnost (Relativní etnost) - celkem	Absolutní etnost (Relativní etnost) - ženy	Absolutní etnost (relativní etnost) – muži
a) bez	2/10,00%	0/00,00%	2/15,38%

vzdělání			
b) základní vzdělání	2/10,00%	1/14,29%	1/ 7,69%
c) speciální škola (zvláštní škola)	3/15,00%	1/14,29%	2/15,38%
d) univerzita	4/20,00%	1/14,29%	3/23,08
e) střední škola s maturitou	5/25,00%	1/14,29%	4/30,77
f) VŠ	4/20,00%	3/42,86%	1/ 7,69%

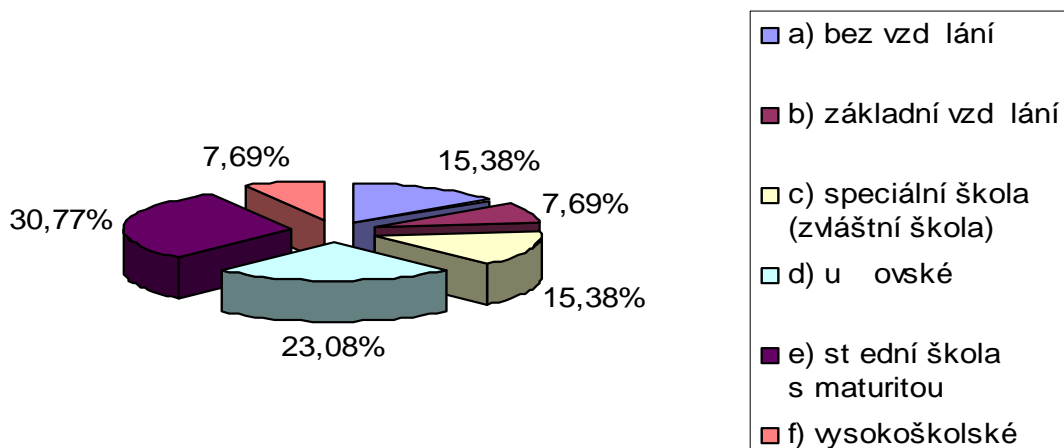
Graf .3a: Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf 3b: Nejvyšší dosažené vzdělání - ženy



Graf 3c: Nejvyšší dosažené vzdělání - muži



Tabulka 3 a grafy 3a, 3b a 3c ukazují, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání u skupiny respondentů. Rozhodli jsme se dané hodnoty ještě rozdělit dle pohlaví (muži a ženy) a poté ještě zachytit výši vzdělání celé skupiny respondentů.

Jak se ukázalo, co se týká výše dosaženého vzdělání, lépe na tom byli muži. V porovnání se ženami, v této části vystudovala střední školu s zakončenou maturitní zkouškou. Je ale třeba zdůraznit, že také v této části ženské části respondentů vystudovala vysokou školu. V daném případě se jednalo o 42,86% oproti mužské části respondentů, u které vystudovala pouze 7,69% z vysokých škol.

Pokud bychom se zaměřili na vzdělání v oblasti uměleckých oborů, jednalo se o následující zaměření: kuchař – řádkář, truhlář, natěrač a uševádělník.

V oblasti vysokoškolského vzdělání se jednalo o oblast sociální práce (u těchto respondentek) a u jedinice o obor informační technologie.

Domníváme se, že výše dosaženého vzdělání **u celé skupiny respondentů** je svou výší lehce podprůměrnou.

14 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

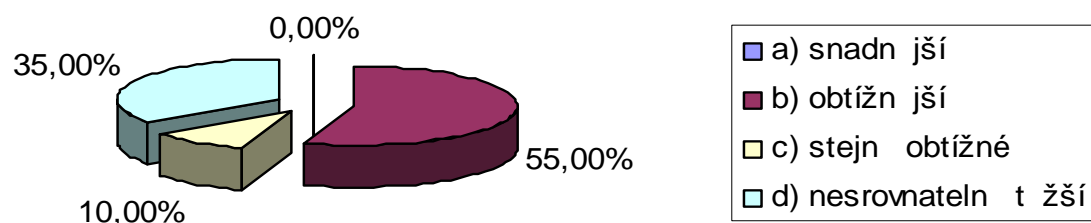
Údaje získané pomocí řízeného rozhovoru jsou zpracovány do tabulek a grafů. Ke každé tabulce a grafu je uvedena interpretace výsledků. Tabulky obsahují možnosti odpovědí, absolutní a relativní četnosti odpovědí. Ke každé z tabulek je vytvořen graf, ale ve většině případů pouze pro odpovědi celého výborového vzorku, a to vzhledem k mantinelům daných rozsahem této bakalářské práce (stejně je tomu tak i v případě výsledků zaznamenaných v tabulkách).

Pozn.: Pro snadnější orientaci ve výsledcích průzkumu jsou následující tabulky a grafy číslovány opatřeno číslem 3 tak, aby odpovídala číslům otázek v záznamovém archu.

Tabulka 3: Získání dosaženého vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) snadnější	0	0,00%
b) obtížnější	11	55,00%
c) stejně obtížné	2	10,00%
d) nesrovnatelně těžší	7	35,00%

Graf .3: Získání dosaženého vzdělání

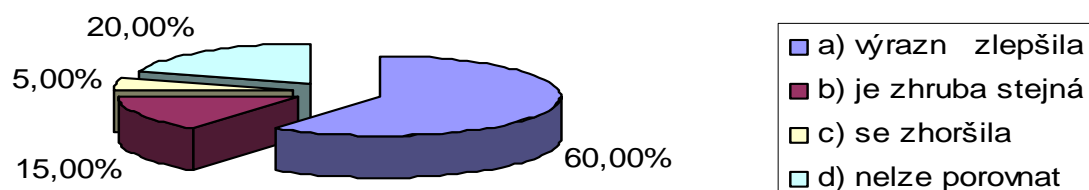


Tabulka a graf . 3 zachycují, jak obtížné bylo, podle názoru respondentů, získat uvedené dosažené vzdělání oproti populaci, která není postižena některým z druhů zdravotního postižení. Celkem 35 % dotázaných se domnívá, že získat uvedené vzdělání pro ně bylo nesrovnatelně těžší s „b“ zdravou populací“. Jako důvody respondenti uváděli, že to bylo zejména například pískem, kterých využíjících (neakceptovali zdravotní handicap), dále se jednalo například o vstup do vzdělávací instituce, nepochopení ze strany ostatních studentů, nepřítomnost asistenta apod. Z toho vyplývá i hodnota 0 % u odpovědi, že získat uvedené vzdělání bylo ve výsledku snadnější. 10 % respondentů se domnívá, že získat uvedené vzdělání bylo zhruba stejně obtížné jako pro „zdravou populaci“. Takto odpověděli především respondenti mladších ročníků. To může být, podle mého názoru, zejména tím, že celková situace v oblasti vzdělání a zejména bezbariérových vstupů se pozvolna zlepšuje. 55 % dotázaných se přesto domnívá, že uvedené vzdělání získalo obtížněji ve srovnání s ostatními.

Tabulka .4: Situace v oblasti vzdělávání OZP

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) výrazně zlepšila	12	60,00%
b) je zhruba stejná	3	15,00%
c) se zhoršila	1	5,00%
d) nelze porovnat	4	20,00%

Graf .4: Situace ve vzdělání OZP

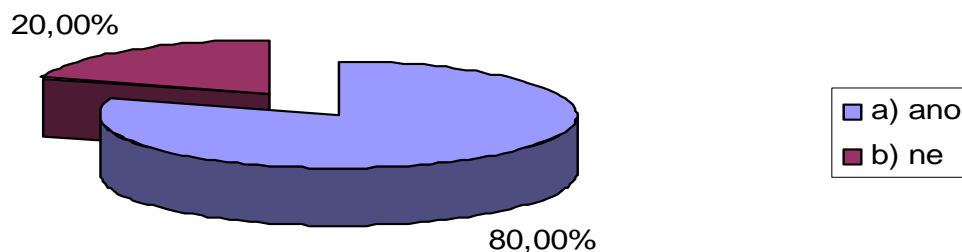


Jak je patrné z tabulky . 4 a grafu . 4, celkem 60 % dotázaných je toho názoru, že situace v oblasti vzdělání se v posledních několika letech výrazně zlepšila. 15 % respondentů během řízeného rozhovoru uvedlo, že situace je zhruba stejná v porovnání s předchozími několika lety. Naopak 5 % dotázaných se domnívá, že celkově se situace v dané oblasti zhoršila. Jako důvod proto však nebyla většina schopna uvést jakýkoliv argument. Zbýlých 20 % respondentů není schopno vývoj situace v oblasti vzdělání zhodnotit a porovnat s předchozími několika lety.

Tabulka .5: Zaměstnávání OZP

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) ano	16	80,00%
b) ne	4	20,00%

Graf .5: Zam stnávání OZP



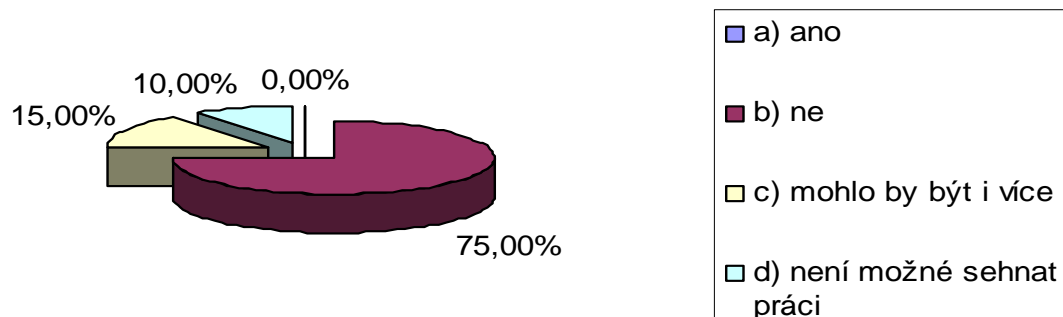
V tabulce a grafu . 5 jsou zaznamenány hodnoty četnosti odpovědí na otázku týkající se zaměstnávání osob se zdravotním postižením. **Celkem 80 %** dotázaných si myslí, že při zaměstnávání osob se zdravotním postižením dochází ze strany zaměstnavatele k určitým pochybením (zejména při ucházení se OZP o pracovní místo). **Důvody byly například následující:** „Zaměstnavatel raději dostane pokutu, která není až tak vysoká, aby ho to odradilo od toho nezaměstnat osobu se zdravotním postižením...zaměstnavatelé uvádí, že na dané místo se nehodím, protože nejsem zcela jistě tak produktivní, abych byla zaměstnána jakožto plnohodnotný zaměstnanec a pracovní výsledky by tomu ani neodpovídaly...“

Pouze **20 %** dotázaných (jednalo se o 4 respondenty) uvedlo, že ze strany zaměstnavatele v žádnou nedochází k žádným pochybením. Na tomto místě bych chtěla zdůraznit, že se jednalo o osoby, které v současné době mají pracovní uplatnění.

Tabulka .6: Volná pracovní místa pro OZP

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) ano	0	0,00%
b) ne	15	75,00%
c) mohlo by být i více	3	15,00%
d) není možné sehnat práci	2	10,00%

Graf .6: Volná pracovní místa pro OZP

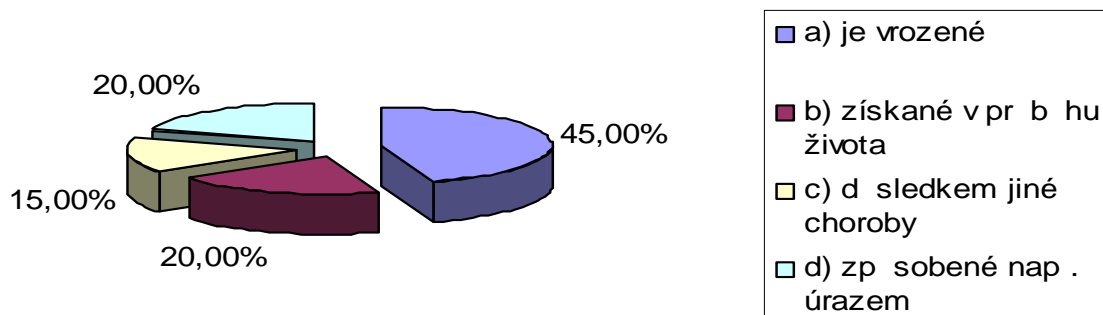


Na danou otázku najdeme odpovědi v tabulce a grafu . 6, kde se celkem 75 % dotázaných domnívá, že v současné době není na trhu práce dostatek volných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením. K tomu 15 % dodává, že by mohlo být i více pracovních příležitostí pro OZP a 10 % je toho názoru, že v současné době není vůbec možné a reálné najít pracovní zaměstnání. Je až zarážející, že nikdo z dotázaných neuvedl jako odpověď variantu a), která znázorňuje možnost, že na pracovním trhu je dostatek volných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením.

Tabulka .7: Zdravotní postižení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) je vrozené	9	45,00%
b) získané v průběhu života	4	20,00%
c) důsledkem jiné choroby	3	15,00%
d) způsobené například úrazem	4	20,00%

Graf .7: Zdravotní postižení



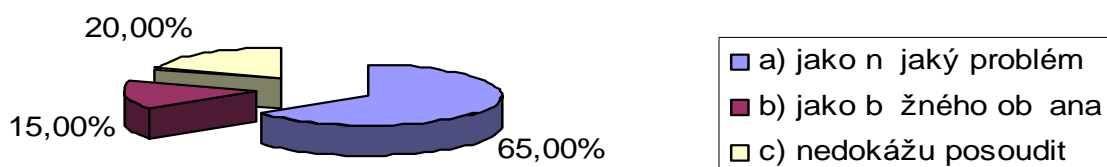
Pro zmapování situace s postižením respondenta slouží tabulka .7 a po ní následující graf . 7. Tato otázka se týkala druhu zdravotního postižení u dotázaných. Celkem 9 respondent (tj. 45 %) uvedlo, že jejich zdravotní postižení je vrozené. 20 % uvádí, že jejich handicap je na rozdíl od předchozí zmíněné skupiny získaný v pr b hu života. V d sledku jiné choroby, která se u nich objevila a následn napomohla k „získání“ handicapu, je tomu tak u 15 % dotázaných. V d sledku úrazu (a již pracovního i volno asového apod.) je tomu tak u 20 % respondent .

Co se týká zdravotních handicap jako takových, u dané skupiny se objevilo následující: Fridrichova ataxie (celkem u dvou respondentek), 4 respondenti trpí DMO, 2 hluchotou, 2 jsou slepci, dva respondenti uvedli, že trpí epilepsií a zbylých 8 dotázaných trpí n jakou z forem tělesného postižení (amputace dolních kon etin atd...)

Tabulka .8: Postoj obyvatel k OZP

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) jako n jaký problém	13	65,00%
b) jako b žného ob ana	3	15,00%
c) nedokážu posoudit	4	20,00%

Graf .8: Postoj obyvatel k OZP



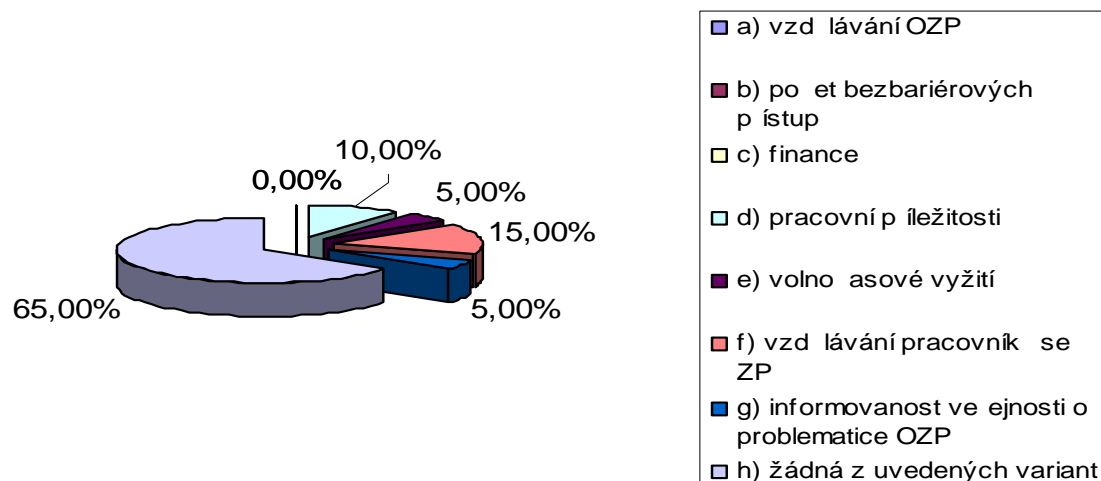
Tabulka . 8 a graf . 8 znázorňuje, jak obyvatelé bez zdravotního postižení („zdravá populace“) vnímají osoby se zdravotním postižením. Z uvedených možností celkem 65 % uvedlo, že jsou vnímány jako n jaký problém ve společnosti. Jako b žného ob ana, podle názoru respondentů, vnímá společnost OZP jako b žného ob ana a zbylých 20 % nedokáže posoudit, jakým způsobem jsou vnímány.

Tabulka .9: Pozitivní faktory v oblasti integrace OZP

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) vzdělávání OZP	0	0,00%
b) počet bezbariérových přístupů	0	0,00%
c) finance	0	0,00%
d) pracovní příležitosti	2	10,00%
e) volnočasové vyžití	1	5,00%
f) vzdělávání pracovníků se ZP	3	15,00%
g) informovanost veřejnosti o problematice OZP	1	5,00%
h) žádná	13	65,00%

z uvedených variant		
---------------------	--	--

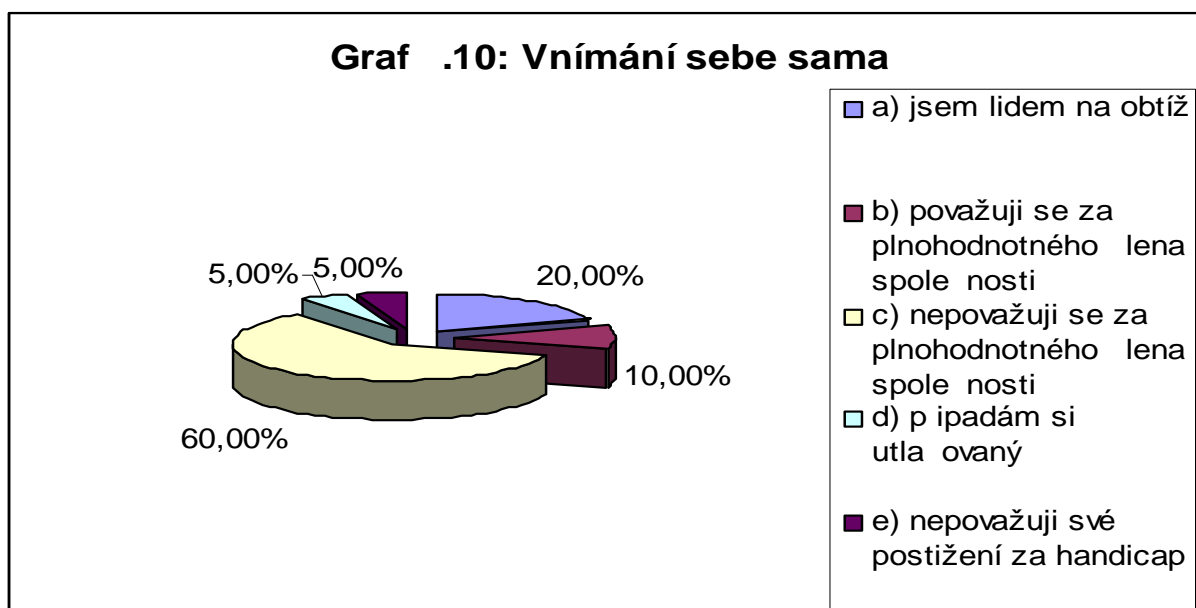
Graf .9: Pozitivní faktory v oblasti integrace OZP



Údaje o četnosti variant jednotlivých odpovědí u respondentů ohledně pozitivních faktorů při integraci jedince se zdravotním postižením znázorňuje tabulka . 9 a na ní navazující graf .9. Jako pozitivní faktory integrace jedince se zdravotním postižením do společnosti považuje 0 % dotázaných vzdělávání OZP. Obdobně je tomu tak i u variant odpovědí b) a c). 10 % dotázaných uvedlo, že jako pozitivní faktor se jim jeví možnost pracovních příležitostí (což ale překvapivě nekoreluje například s otázkami 5 a 6, které se dotýkají otázky možnosti pracovních příležitostí). 5 % dotázaných se domnívá, že je to volnočasové využití OZP. Jako pozitivní faktor hodnotí 15 % z celku možnost vzdělávání pracovníků se zdravotním postižením a opět 5 % hodnotí kladně informovanost ve společnosti o zdravotním postižení. Zbýlých 65 % respondentů zvolilo jako odpověď variantu f), tzn. žádnou z uvedených variant a tudíž neshledávají žádný pozitivní faktor při integraci OZP.

Tabulka .10: Vnímání sebe sama

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) jsem lidem na obtíž	4	20,00%
b) považuji se za plnohodnotného lena společnosti	2	10,00%
c) nepovažuji se za plnohodnotného lena společnosti	12	60,00%
d) připadám si utlačovaný	1	5,00%
e) nepovažuji své postižení za handicap	1	5,00%

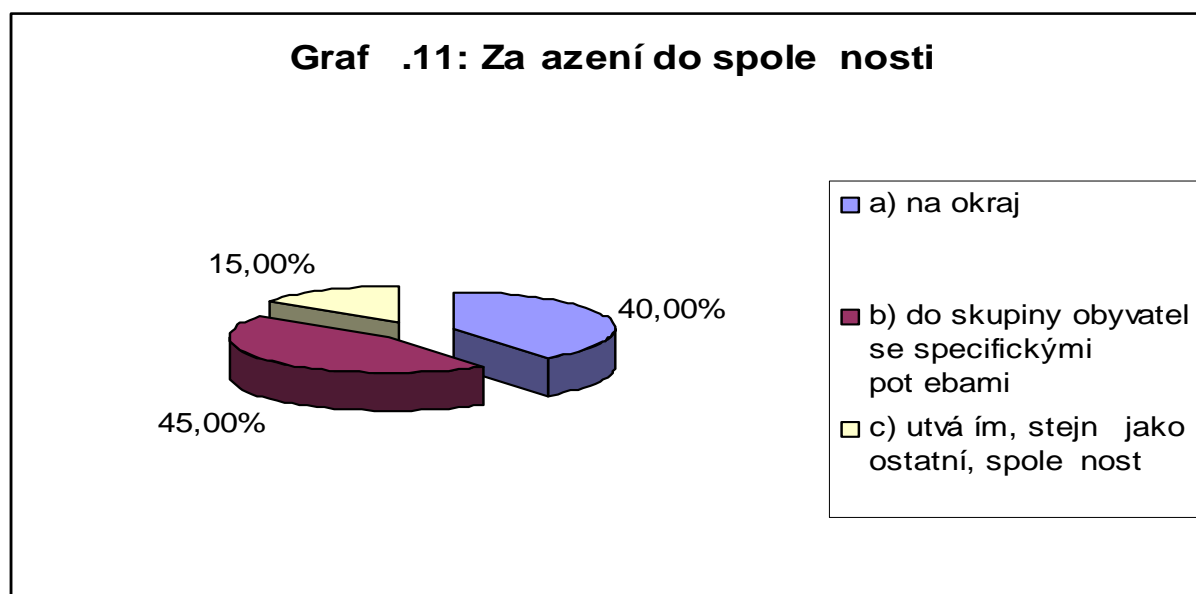


Graf .10 a tabulka .10 zachycují pohledy OZP na otázku vnímání sebe sama jakožto součást společnosti, ve které žijí. První skupinu tvořili respondenti, kteří sami sebe vnímají jako přítěž pro společnost – v tomto konkrétním případě se jednalo o 20 % dotázaných. 10 % se naopak považuje za plnohodnotného člověka ve společnosti. Nejpočetnější skupinou byli ti, kteří uvedli jako odpověď fakt, že se nepovažují za plnohodnotného lena společnosti – celkem 60 % dotázaných. Shodně po 5 % odpověděl dotazovaní, že si připadají nějakým způsobem utlačováni a zbylých 5 % se

domnívá, že jejich zdravotní postižení nepředstavuje žádný handicap a tak ho také nevnímají.

Tabulka .11: Zařazení do společnosti

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) na okraj	8	40,00%
b) do skupiny obyvatel se specifickými potřebami	9	45,00%
c) utvářím, stejně jako ostatní, společnost	3	15,00%

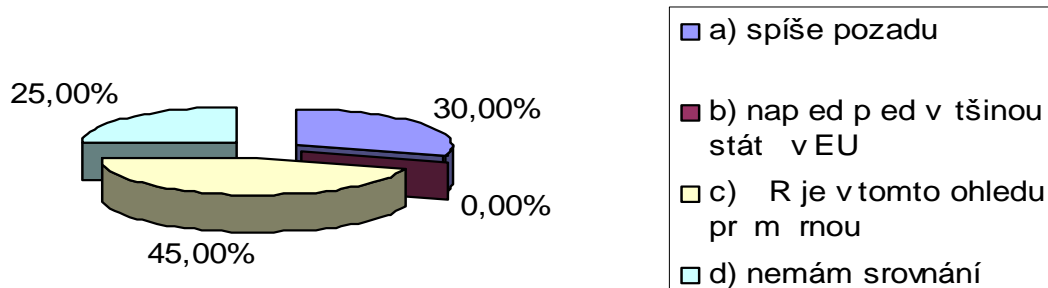


Na otázku v záznamovém archu nalezneme odpověď v tabulce a grafu .11, kdy celých 40 % respondentů odpovědělo na danou otázku ve smyslu zařazení se na okraj společnosti. Bližší detaily pro toto zařazení v té části z nich neuvádělo. Pokud ano, jednalo se například o následující odpovědi: „jsem mrzák a tak nevím, jak bych mohla být společností užitečná... jsem stále doma a ven nechodím v případě, že nemusím... jsem zkrátka na jejím okraji...“ Do skupiny obyvatel se specifickými potřebami se zařadilo 45 % dotázaných. Pouze 15 % se domnívá, že tvoří společnost, stejně jako je tomu u ostatních obyvatel bez zdravotního postižení.

Tabulka .12: OZP a život v R

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) spíše pozadu	6	30,00%
b) nap ed p ed v tšinou stát v EU	0	0,00%
c) R je v tomto ohledu pr m rnou	9	25,00%
d) nemám srovnání	5	45,00%

Graf .12: OZP a život v R



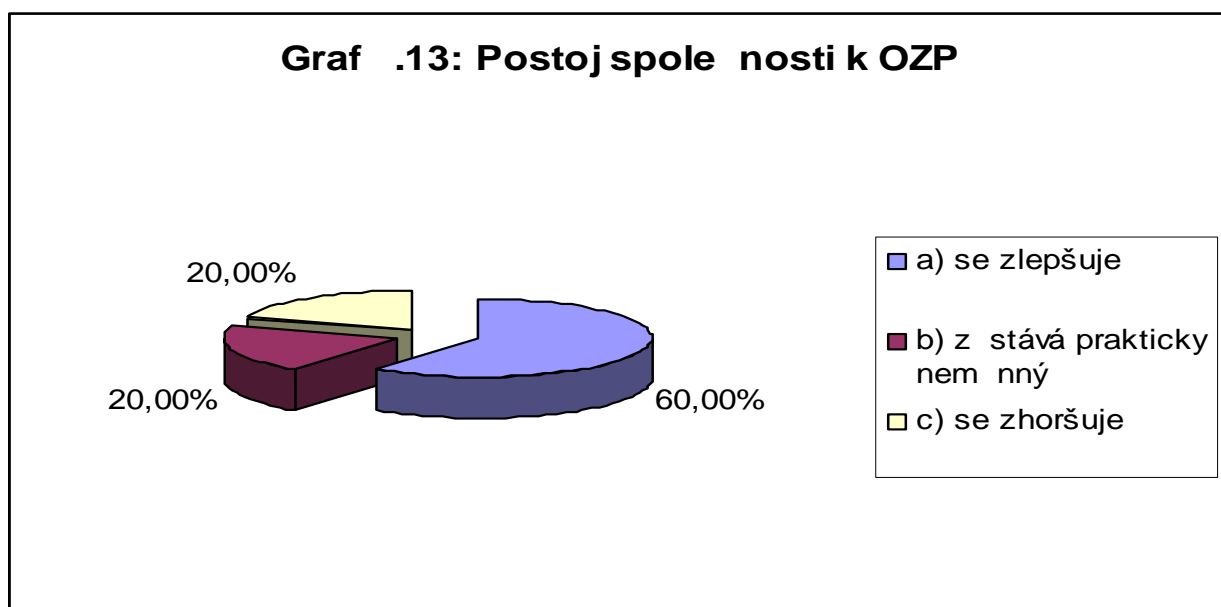
Jak je patrné z grafu .12 a tabulky . 12, 30 % dotázaných uvedlo, že ve srovnání s ostatními členskými státy EU je R v procesu integrace a sociální politiky jako takové spíše pozadu. Důvody pro tuto odpověď se opět různily. Jednalo se například o myšlenku, že R je pozadu z toho důvodu, že téměř 40 let zde převládal režim, který příliš nepodporoval sociální politiku v této oblasti a jedinci se zdravotním postižením byli například umístováni mnohem častěji do speciálních škol a v důsledku toho nedostali šanci na žádné vzdělání, i když to jejich intelektová složka jistě umožňovala. V této době například neexistovaly bezbariérové přístupy pro OZP.

Nikdo, tzn. 0 % respondentů, neuvedl jako odpověď, že R je ve srovnání s EU v tomto ohledu napřed. Potvrzující je fakt, že 45 % se domnívá, že R je v daném měřítku průměrnou a vcelku nikterak příliš nezaostává za členskými státy v Evropské unii.

Celkem 25 % dotázaných uvádí, že pro toto hodnocení nemá v tuto chvíli srovnání. Bu to v jiné zemi za celý svůj život vůbec nebyli a informace, které mají, jsou pouze z médií a ty mohou být zkreslené a nebo se nedostali do takové situace, ve které by byl patrný rozdíl v n které z oblastí integrace OZP.

Tabulka .13: Postoj společnosti k OZP

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) se zlepšuje	12	60,00%
b) z stává prakticky nem nný	4	20,00%
c) se zhoršuje	4	20,00%



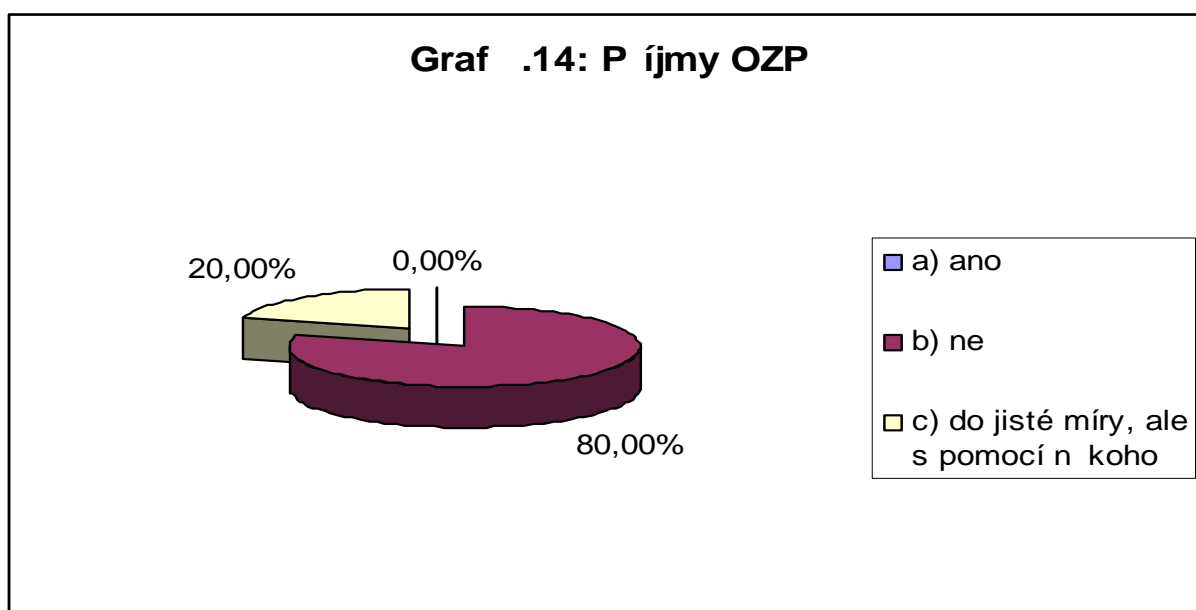
Následující tabulka a graf .13 zaznamenávají varianty odpovědí uvedených respondenty na otázku, jakým směrem se ubírá vývoj postoj občanů bez zdravotního postižení k OZP, tedy jakým způsobem je vnímají. 60 % dotázaných na tuto otázku uvedlo, že tento postoj a s ním související názorová orientace na danou problematiku se zlepšuje. Hodnotu 20 % tvoří OZP, kteří zvolili variantu b), tedy že postoj zůstává prakticky nemenný. Obdobnou hodnotu zaznamenala i odpověď následující, tedy že se tento postoj naopak zhoršuje.

Na danou otázku odpověděli kladně (variant a)) především respondenti „starších ročníků“. Domnívám se, že hlavní roli zde sehrává několik faktů. Prvním z nich by

mohla být možnost dlouholetého srovnání, která tato skupina respondent má a domnívám se že i fakt, že daná problematika, tedy ob ané se zdravotním postižením, i chceme – li zdravotním handicapem, je více medializována a je o ní ast ji diskutováno, p ispívá ke zlepšení situace v ohledu na danou problematiku.

Tabulka .14: P íjmy OZP

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) ano	0	0,00%
b) ne	16	80,00%
c) do jisté míry, ale s pomocí n koho	4	20,00%

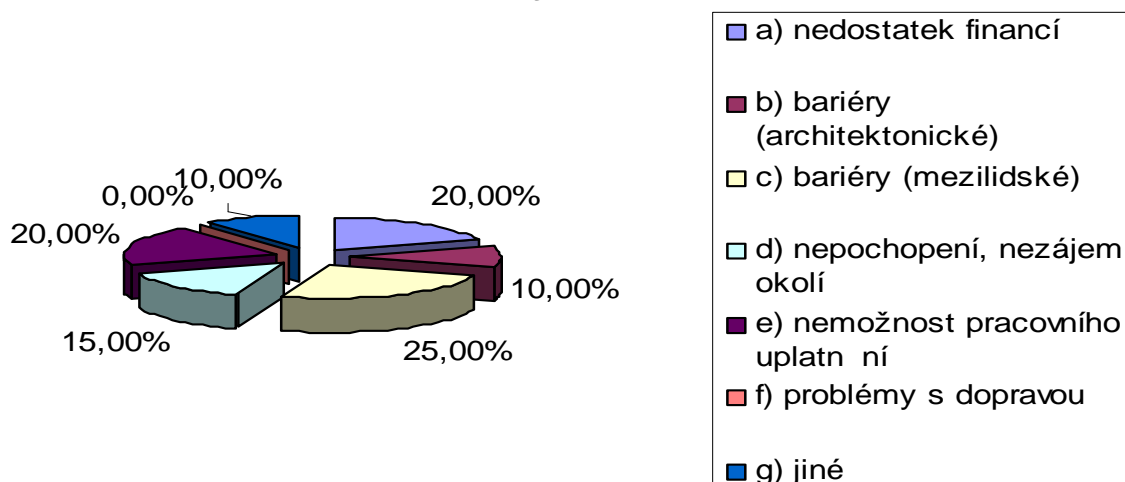


Tabulka .14 a na ni navazující graf .14 znázor ují, do jaké míry jsou respondenti spokojeni s výší p íjm a tedy i prost edky na živobytí. Nejv tší skupinu tvo íli respondenti, kte í uvád jí, že sou asné p íjmy neposta ují k tomu, aby spolehliv pokryly náklady na život – tzn. léky, bydlení, strava, doprava, studium atd. 20 % se v náhledu na problematiku financí ztotož uje s tvrzením, že p íjmy, které pobírají OZP do jisté míry posta ují, je však pot eba, aby jim v daném ohledu n kdo pomohl a finan n je ješt podpo il. Nejmén po etnou skupinu tvo í ti, kte í se domnívají, že výše p íjmu neposta uje a nepokrývá náklady na život – zde se jednalo o 0 % respondent .

Tabulka .15: Problémy v b žném život

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) nedostatek financí	4	20,00%
b) bariéry (architektonické)	2	10,00%
c) bariéry (mezilidské)	5	25,00%
d) nepochopení, nezájem okolí	3	15,00%
e) nemožnost pracovního uplatn ní	4	20,00%
f) problémy s dopravou	0	0,00%
g) jiné	2	10,00%

Graf .15: Problémy v b žném život

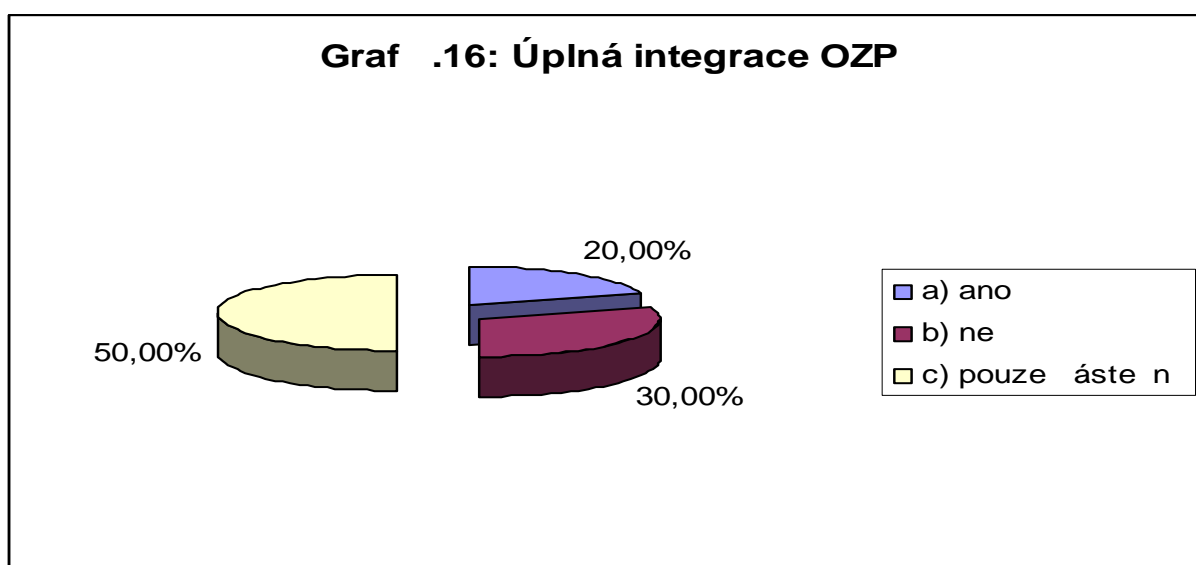


etnosti variant odpov dí na otázku tematicky zam enou na problémy v b žném život u OZP zaznamenávají tabulka .15 a graf .15. etnosti odpov dí zde byly fakticky vcelku rovnom rn rozd lené. U 20 % dotázaných tvo í nejv tší problém v b žném život nedostatek financí. Další skupinu tvo í ti, podle jejichž názoru se jedná o architektonické bariéry a s tím ztížený p ístup nap . do veřejných budov, do prost edk MHD. Tuto variantu zvolili p edevším jedinci, kte í se pohybují pouze na kole kovém (elektrickém) vozíku. Je však pot šující, že oba dotázaní dodávají, že situace se v posledních n kolika letech stále zlepšuje a že i m sta mají snahu daný problém ešit a „podporují tak myšlenku bezbariérového p ístupu v celém m st “. S nepochopením a nezájmem okolí se setkává 15 % respondent a považují tak tento fakt za nejv tší problém. 20 % uvedlo, že se jedná o problematiku pracovního uplatn ní a stavu na trhu

práce v bec. Zbýlých 10 % (tedy 2 respondenti) uvedli, že se jedná o zcela jiný problém. Shodně zmínili současnou politickou situaci a z toho plynoucí přístup k OZP a k nalezení východiska ze situace, která podle nich v současné době stagnuje a nic neeší.

Tabulka .16: Úplná integrace OZP

Odpov	Absolutní etnost	Relativní etnost
a) ano	4	20,00%
b) ne	6	30,00%
c) pouze části	10	50,00%



Jedna z posledních závěrečných otázek byla směřována k tématu úplné integrace OZP. Pouze 20 % respondentů se ztotožňuje s myšlenkou, že daný proces je možný a realizovatelný. Naopak 30 % tvoří dotazovaní, kteří myšlenku úplné integrace nepovažují za svou a neví ji. Zbýlých 50 % uvádí, že proces integrace OZP do společnosti je možný pouze z části.

Dodávají k tomu například, že „invalida nikde nebude plně integrovaný...na vozíku nemůže být zcela integrovaný...moje nemoc mi plnou integraci neumožňuje...“

Otázky . 17 a 18 již nebyly graficky zaznamenávány, jelikož se typologicky jednalo o otázky otevřené a tudíž následovaly rozličné varianty odpovědí.

Otázka .17:

„Z jakého důvodu je nutné OZP integrovat?“

Odpovědi byly například následující:

„Jsme taky lidi a zasloužíme si dostat šanci.“ „OZP jsou taky jenom lidi a potěbují něco dostat nebo by se zbláznili.“ „Máme jako ostatní právo neoctnout se na okraji společnosti.“ „Chceme být alespoň třeba v něm jako ostatní lidi.“ „I když se integrace sama o sobě úplně nepovede, zčásti to možné je“.

V tšinou se jednalo o myšlenky, které se v jednom shodují. Tito lidé se dožadují práva na zajištění běžného a pokud možno spokojeného života tak, jak je tomu u zdravé populace občanů.

Otázka .18:

„Co byste udělali(a) pro jednodušší integraci OZP do společnosti?“

Odpovědi byly následující:

„Zavedla bych povinné kurzy sociální výchovy pro politiky a úředníky.“ Nechal bych třeba pana P., aby strávil dva dny na vozíku a došlu mu, co všechno nemůže. Pak by se možná o situaci začali politici zajímat do hloubky“. „Zvýšil bych rozhodně platy, abychom mohli na léky a lékařskou péči jako takovou.“ Zaměřila bych se na rozvoj v oblasti osobní asistence již na základních školách, abychom kvůli tomu, že ve škole v důsledku svého handicapu nestíháme učivo, nemuseli do zvláštních škol a tam doslova zazdili šanci na své slušné vzdělání“. Vždy od toho se pak taky odvíjí pracovní příležitosti.“ „Já si myslím, že pro naši integraci dle státu dost a musíme se snažit trochu víc myslit i když na které věci spojené s naším postižením moc neovlivníme.“

Varianty odpovědí by se daly shrnout asi takto. Uvedené odpovědi by ve své vyjadřování, jak by se daná situace dala zlepšit. Na které z odpovědí by určitě stály za zveřejnění nejen pro účely této práce.

15 Shrnutí

Byl vytvořen celkem čtyři předpoklady, které byly ověřovány řízenými rozhovory s respondenty a zaznamenávány do záznamového archu. V této kapitole se nacházejí výsledky ověření předpokladů.

Předpoklad . 1: Lze předpokládat, že alespoň polovina dotazovaných se přiklání k myšlence, že je možná integrace zdravotně postižených do společnosti.

Předpoklad . 1 se nepotvrdil. Pouze 20 % dotázaných se domnívá, že tento proces je možný. Jedna z posledních závěrečných otázek byla směřována k tématu úplné integrace OZP. Naopak 30 % tvoří dotazovaní, kteří myšlenku úplné integrace nepovažují za svou a neví ji. Zbýlých 50 % uvádí, že proces integrace OZP do společnosti je možný pouze z části.

Předpoklad . 2: Lze předpokládat, že je méně jak 50 % dotázaných je schopno žít plnohodnotný život ve společnosti.

Předpoklad . 2 se potvrdil. Tento předpoklad byl zjištěn zejména na základě přímých jedinců a od toho se také vyvíjely výsledky. Největší skupinu tvořili respondenti, kteří uvádějí, že současně přímky nepostačí k tomu, aby spolehlivě pokryly náklady na život – tzn. léky, bydlení, strava, doprava, studium atd. 20 % se v náhledu na problematiku financí ztotožňuje s tvrzením, že přímky, které pobírají OZP do jisté míry postačí, je však potřeba, aby jim v daném ohledu někdo pomohl a finančně je ještě podpořil. Nejméně polovinu skupinu tvoří ti, kteří se domnívají, že výše přímku nepostačuje a nepokrývá náklady na život – zde se jednalo o 0 % respondentů.

K tomu, aby jedinec mohl žít plnohodnotný život je nezbytné, aby měl dostatek prostředků, ale měli bychom se také zabývat otázkou, zda dotazovaní považují úplnou integraci OZP za reálnou. Domníváme se, že bez tohoto není možné žít plnohodnotný život například na okraji společnosti, kam se mnozí respondenti zaadili.

Předpoklad . 3: Lze předpokládat, že většina dotazovaných je nespokojena se současnou situací v oblasti integrace zdravotně postižených do společnosti.

Předpoklad 3 se potvrdil. Usuzujeme tak na základě těch kterých odpovědí na otázky v záznamovém archu. Obecně jsou lidé se zdravotním postižením nejvíce nespokojeni v oblasti financí, vzdělávání a se situací na naší politické scéně. Domnívají se také, že v porovnání s ostatními zeměmi v EU je ČR spíše průměrnou. Dle dotazovaných například chybí dostatek odborníků na danou problematiku, je nedostatek osobních asistentů ve školách (zejména základních), investice vlády a jednotlivých měst a krajů do problematiky života lidí se zdravotním postižením jsou také nedostatečné a v důsledku toho nedochází příliš ke zkvalitnění péče a k celkovému zjednodušení života OZP.

Předpoklad 4: Lze předpokládat, že více než dvě třetiny dotazovaných bude považovat svůj současný příjem za nedostatečný k tomu, aby žily plnohodnotný život.

Předpoklad 4 se potvrdil. Celkem 80 % respondentů uvedlo, že jejich současný příjem je neadekvátní vůči jejich životním nákladům (týká se to léků, prostředků na bydlení apod.).

16 ZÁVĚR

Práce ve výsledku potvrdila téměř všechna očekávání, která jsme předem avizovali. Cílem bylo zachytit na základě průzkumu, jaké jsou negativní a pozitivní faktory při integraci zdravotně postižených do společnosti. Jak se bohužel ukázalo, negativní faktory stále představují velkou mřížku nad těmi pozitivními.

Hlavní negativní faktory tohoto procesu shledávají OZP v nedostatku financí a s tím souvisejících problémech. V důsledku této skutečnosti není mnohdy jednoduché zapojit se do procesu integrace.

Dalším zásadním nedostatek je nedokonalost systému vzdělávání, v jehož důsledcích můžeme pozorovat těžkou startovní pozici pro uplatnění se na trhu práce.

Jedním z pozitivních faktorů, ve kterém se situace zlepšuje je například informovanost veřejnosti o OZP a dále také lepší dostupnost z hlediska architektonických potřeb pro usnadnění pohybu těchto osob. Situace se, podle respondentů, nadále zlepšuje.

Bohužel bude ještě delší dobu trvat, než se situace dostane na úroveň vyspělejších států. Domnívám se, že v zásadě není potřeba vymýšlet nové postupy a metody. Stačí se podívat, jak danou problematiku řeší například Švédsko a další státy, které jsou v tomto ohledu před námi zcela jiné úrovně.

Je také nutné, aby obě strany, tzn. OZP i občané bez zdravotního postižení začali lépe vnímat sebe navzájem. Velké množství konfliktů vzniká pouze z nedostatku informací a dochází ke zbytečným nedorozuměním.

17 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ERVINKA, T. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením, dle chodu, mladistvých a studentů, absolventů škol, žen a dalších kategorií*. 3.vyd. Praha: Anag, 2007. ISBN 80-7263-382-1

FERJENÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 80-7178-367-6.

CHARVÁTOVÁ, H. a kol. *Jak se žije dle těm s postižením*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670135

JESENSKÝ, J. a kol. *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0

KRHUTOVÁ, L. a kol. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*, Olomouc: Univerzita Palackého, Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005, ISBN 80-9036-580-9

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: Kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80-7083-268-1

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie handicapu*. 1. část, *Handicap jako psychosociální problém*.

Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-763-2

Zákon . 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon . 561/2004 Sb., o p edškolním, základním, st edním, vyšším odborném a jiném vzd lávání (školský zákon)

Zákon . 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prost edcích ochrany p ed diskriminací a o zm n n kterých zákon (antidiskrimina ní zákon)

Zákon . 435/2004 Sb., o zam stnanosti

Elektronické zdroje

URL: <<http://www.lrs.cz/>>. *Liberecké romské sdružení, o.s.* [online]. Verze 2.0. Poslední aktualizace 15. 03. 2009. [cit. 2010 – 04 - 10].

URL: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>>. [online]. Verze 1.0. Poslední aktualizace 20.2. 2007. [cit. 2010 – 04 - 10].

URL:<<http://www.google.cz/search?hl=cs&client=firefox-a&channel=s&rls=org.mozilla%3Acs%3Aofficial&newwindow=1&q=antidiskrimina%C4%8Dn%C3%AD+z%C3%A1kon&btnG=Hledat&lr=&aq=0&oq=antidiskrimina%C4%8Dn>>. [online]. Verze 3.0. Poslední aktualizace 23. 3.2009. [cit. 2010 – 03 - 10].

URL: <<http://zakony-online.cz/?s122&q122=all>>. [online]. Verze 2.0. Poslední aktualizace 15. 02. 2008. [cit. 2009 – 03 - 10].

URL: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/cast3.aspx>>. [online]. Verze 2.0. Poslední aktualizace 10.8.2008. [cit. 2009 – 08 - 10].

SEZNAM P ÍLOH

P íloha . 1: Záznamový arch - pr zkum

Datum narození:

Pohlaví:

1. Vaše nejvyšší dosažené vzd lání je:

- a) bez vzd lání
- b) základní vzd lání
- c) speciální škola (zvláštní škola)
- d) u ovské: (obor)_____
- e) st ední škola s maturitou (jaká):_____
- f) vysokoškolské

2. Další kurzy a vzd lávání: _____

3. Získat uvedené vzd lání bylo v porovnání s ob any bez ZP:

- a) snadn jší
- b) obtížn jší
- c) stejn obtížné
- d) nesrovnateln t žší (d vod):_____

4. Situace v oblasti vzd lávání ob an se zdravotním postižením se v posledních n kolika letech:

- a) výrazn zlepšila
- b) je zhruba stejná
- c) zhoršila
- d) nelze porovnat

5. Zákoníkem práce je zam stnavateli uložena povinnost zam stnávat vždy ur itý po et OZP. Domníváte se, že v tomto ohledu dochází k n jakým pochybením?

6. Domníváte se, že volných pracovních míst pro oběany se zdravotním postižením je dostatek?

- a) ano
- b) ne
- c) mohlo by být i více
- d) není možné sehnat práci

7. Uveďte, prosím, diagnózu svého zdravotního postižení:

Toto zdravotní postižení:

- a) je vrozené
- b) získané v průběhu života
- c) důsledkem jiné choroby
- d) způsobené například úrazem

8. Jaký je převládající postoj obyvatel k OZP (jak Vás vnímají):

- a) jako nějaký problém
- b) jako běžné oběany
- c) nedokážu posoudit

9. Které z následujících oblastí byste označil (a) za pozitivní faktor v oblasti integrace OZP do společnosti:

- a) vzdělávání OZP
- b) počet bezbariérových přístupů
- c) finance
- d) pracovní příležitosti
- e) volnočasové využití
- f) vzdělávání pracovníků s OZP
- g) informovanost veřejnosti o problematice OZP

10. Jak vnímáte sebe samotného (sebe samotnou):

- a) jsem lidem na obtíž
- b) považuji se za plnohodnotného člena společnosti
- c) nepovažuji se za plnohodnotného člena společnosti: (pro) _____
- d) připadám si utlačovaný (á)
- e) nepovažuji své postižení za handicap
- f) žádná z uvedených variant

11. Ve společnosti se chováte:

- a) na okraj
- b) do skupiny obyvatel se specifickými potřebami
- c) utvářím, stejně jako ostatní, společnost

12. V porovnání s ostatními zeměmi v EU je ČR:

- a) spíše pozadu (vzhledem): _____
- b) napřed před většinou států EU
- c) ČR je v tomto ohledu průměrnou
- d) Nemám srovnání

13. Postoj společnosti k OZP:

- a) se neustále zlepšuje
- b) zůstává prakticky neměnný
- c) se zhoršuje

14. Dosahují vaše možnosti příjmy takové výše, aby (spolehlivě) pokryly náklady na život OZP (léky, doprava, asistent apod.)?

- a) ano
- b) ne
- c) do jisté míry ano

15. S jakými problémy se v souvislosti se svým postižením nejčastěji v běžném životě setkáváte?

- a) nedostatek financí
- b) bariéry (architektonické)
- c) bariéry (mezilidské)
- d) nezájem, nepochopení okolí
- e) nemožnost pracovního uplatnění
- f) problémy s dopravou
- g) jiné

16. Je možné OZP zcela integrovat?

- a) ano
- b) ne (pro): _____
- c) pouze z části

17. Z jakého důvodu je nutné OZP integrovat?

18. Co byste udělal(a) pro jednodušší integraci OZP do společnosti?